

345

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 juillet 1893, à 1 heure.

Par LOUIS JACOB

Né à Sermizelles (Yonne), le 1^{er} Mai 1866

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE L'APPENDICITE

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges { MM. PINARD, professeur.
 { DELBET et VARNIER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

343

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 24 juillet 1893, à 1 heure.

Par LOUIS JACOB

Né à Sermizelles (Yonne), le 1^{er} Mai 1866

Ancien interne des hôpitaux de Paris

Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Paris

CONTRIBUTION

A

L'ÉTUDE DE L'APPENDICITE

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges { MM. PINARD, professeur.
DEL BET et VARNIER, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.

Professeurs..... MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
Clinique médicale.....	{ SÉE (G.).
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ X...
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
Clinique chirurgicale.....	{ LE FORT.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETTERRER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MÉNÉTRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	travaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE ET DE MON GRAND-PÈRE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552026_0055

CONTRIBUTION

À

L'ÉTUDE DE L'APPENDICITE

Historique et avant-propos

Nous ne dirons que quelques mots de l'histoire de la question retracé maintes fois déjà et bien exposé dans les thèses de Maurin, de Mariage, et dans l'ouvrage de M. Talamon. Nous rappellerons seulement que la première idée de l'appendicite telle qu'elle est comprise aujourd'hui revient à Mélier (1) les observations précédentes de Mestivier, Jadelot n'étant guère que des faits épars relatés comme de simples curiosités. En 1851, après d'autres travaux, vient la thèse de Favre, qui admet une stagnation du calcul stercoral formé dans l'appendice même ; cette stagnation provoque un flux muqueux qui dilate le bout périphérique de l'appendice et provoque les lésions, ou bien elle amène par compression des vaisseaux des troubles de nutrition localisés au point de

(1) MÉLIER. *Journal général de médecine, chir. et phar.*, 1827.

contact. Leudet, de Rouen (1), signale les perforations de l'appendice par des ulcérations sans calculs stercoraux, et il insiste sur leur fréquence chez les tuberculeux. L'idée de typhlite domine encore bien que les observations se soient multipliées ; il en est une surtout qui par l'importance du personnage en cause et la grande publicité qu'elle a eue aurait pu attirer l'attention, nous voulons parler de celle de Gambetta à l'autopsie duquel on trouva une perforation de l'appendice, comme le démontrent l'observation et les planches publiées par M. le professeur Lannelongue. Enfin depuis quelques années l'appendicite s'est peu à peu dégagée et de nombreux travaux parus surtout en Amérique au début, puis dans tous les pays, ont établi sa prédominance. La liste de ces travaux est si considérable que nous avons dû renoncer à l'établir d'une manière complète, aussi nous contenterons-nous de signaler chemin faisant ceux que nous avons consultés. Enfin depuis trois ans la question a été discutée à maintes reprises devant les sociétés savantes, à Londres, à Genève, à Berlin, à Paris et il semble que l'accord est près de se faire. Mais néanmoins il reste bien des points obscurs tant sur l'étiologie que sur le pronostic de cette affection, aussi croyons-nous devoir publier les observations que nous avons pu recueillir et le résultat des examens des cadavres que nous avons pu faire. Nous aurions pu multiplier le nombre des observations, mais nous avons préféré nous en tenir à celles que nous avons pu recueillir en un an à l'hôpital Trousseau, suivant

(1) LEUDET. *Arch. génér. de médecine*, 1856.

nous-même les malades dans les services de médecine et dans celui de chirurgie. Procédant ainsi, nous pouvons donner sur une statistique trop faible il est vrai, mais aussi générale que possible la proportion des cas bénins relativement aux cas graves et montrer qu'il est aussi faux de dire comme certains médecins que cette maladie guérit toujours spontanément ou par un traitement médical, que de croire avec certains chirurgiens à la nécessité constante d'une intervention. Il en est de même des examens cadavériques, nous n'en avons retenu que 80, mais ce sont ceux d'enfants sur l'histoire clinique desquels nous avons pu avoir des renseignements. De plus, sans faire un tableau complet de la maladie, nous nous proposons d'insister sur quelques points qui nous ont paru dignes d'intérêt.

C'est à M. Jalaguier que nous devons l'idée de ce travail ; à deux reprises nous avons eu la bonne fortune de l'avoir comme chef et nous ne saurions trop le remercier tant de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée que des conseils qu'il nous a prodigués pour notre thèse, conseils qu'une longue étude de la question rendait encore plus précieux. Nous tenons aussi à donner un témoignage de notre profonde gratitude à tous nos maîtres des hôpitaux et de l'École pratique et nous remercions de leur enseignement de chaque jour MM. Verneuil, Moutard-Martin, Delens, Berger, Lannelongue et Poirier qui ont bien voulu nous guider comme externe, comme interne et comme aide d'anatomie.

Pendant quelques mois nous avons eu M. Broca comme suppléant de M. le professeur Lannelongue ; après notre

internat fini il a bien voulu nous garder dans un service où les malades abondent et nous permettre de faire par nous-même bon nombre d'opérations, aussi toute notre reconnaissance lui est-elle acquise.

Enfin que M. le professeur Terrier, qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse, reçoive le respectueux hommage de notre gratitude.

Appendice iléo-cæcal.

L'anatomie de la région iléo-cæcale bien faite par Bardeleben et Luschka avait été fort négligée dans les descriptions de nos classiques, mais les recherches nouvelles de Trèves, de M. Tuffier, confirmées depuis par un grand nombre d'auteurs, ont montré que, contrairement à l'opinion classique, le cæcum et l'appendice étaient en général complètement enveloppés par le péritoine. Fergusson (1) cependant sur 200 cas aurait trouvé 77 fois l'appendice englobé par la séreuse, mais de telle sorte qu'une perforation n'aurait pu s'ouvrir que dans le tissu sous-péritonéal. Nous ne voyons pas très bien ce qu'il veut dire et en effet si l'appendice est recouvert par la séreuse, ne fût-ce que sur l'une de ses faces, il pourra fort bien se faire que la lésion se produise de ce côté. Les cas d'enveloppement incomplet sont fort rares, au moins chez l'enfant, et chez tous ceux que nous avons examinés l'appendice pourvu d'un méso flottait dans la cavité péritonéale. Chez l'adulte, il est souvent perdu au milieu d'adhérences et semble alors isolé de la séreuse. Dans certains cas enfin, l'appendice est situé derrière le cæcum, son méso est alors beaucoup plus court et son revêtement péritonéal moins net, mais il existe encore.

(1) Cité dans l'ouvrage de M. TALAMON.

Ces derniers cas sont du reste les plus intéressants ; si l'on étudie les observations d'appendicite et spécialement la forme gangréneuse, on est frappé de ce fait que toutes les fois où la position de l'organe malade est signalée on le trouve placé soit en arrière du cæcum, soit en avant de lui, soit enfin plongeant dans la cavité pelvienne. Dans toutes nos observations nous trouvons l'une de ces dispositions et d'ordinaire l'appendice est verticalement placé. Dans les 15 cas de Hartley (1) 8 fois il est situé en arrière de la tête du côlon, et dans les 7 autres il a un siège plus ou moins anormal, 2 fois il est en arrière, 2 fois en avant du cæcum, une fois il arrive au contact avec la paroi abdominale antérieure. Telle n'est point cependant sa place habituelle ; Biggs (2) le trouve dirigé en dedans et en bas du cæcum dans les trois quarts des cas et c'est aussi ce que nous avons trouvé. Sur 80 cadavres sans traces d'appendicite il était d'ordinaire en dehors du cæcum, à peu près horizontal et suivant le détroit supérieur, 7 fois seulement il était en arrière du cæcum et 3 fois dans le bassin ; bien entendu nous avons éliminé les cas où le cæcum plongeait dans l'excavation pelvienne.

L'appendice n'est jamais rectiligne, il décrit des sinuosités plus ou moins nettes pouvant arriver à former de véritables nœuds, des 8 de chiffre et l'on trouve toute une série d'intermédiaires depuis l'inflexion brusque jusqu'à l'enroulement en cor de chasse.

(1) Cité par M. TALAMON.

(2) Cité par M. TALAMON.

Sur les cadavres d'enfants les traces de lésions antérieures sont rares, cinq fois seulement nous sommes tombé sur des appendices épaissis, adhérents ; il s'agissait alors de petits tuberculeux avec cavernes pulmonaires, mais n'ayant jamais attiré l'attention du côté de leur appendice qui présentait cependant des ulcérations de la muqueuse et contenait une certaine quantité de pus.

Sur 11 cadavres d'adultes pris au hasard, nous avons trouvé deux fois des adhérences anciennes, chez une tuberculeuse pulmonaire, l'appendice épaissi contenait du pus et sa muqueuse était ulcérée ; enfin dans deux autres cas, sans adhérences, le calibre était rétréci, et l'extrémité périphérique oblitérée.

Dans tous ces cas, nous n'avons jamais rencontré de corps étrangers proprement dits, sauf deux fois de petits débris végétaux. Il n'en est pas de même des matières fécales et nous insistons sur ce point car l'âge nous a paru jouer un certain rôle. Sur 75 cadavres, nous avons trouvé 35 fois, c'est-à-dire dans un peu moins de la moitié, des matières fécales dans l'appendice, mais tandis que chez les enfants au-dessous de huit ans, plus de la moitié n'en avaient pas (22 sur 38), sur les 26 qui avaient dépassé cet âge nous n'avons trouvé que 7 fois l'appendice complètement vide. Sur les 11 adultes, nous n'avons rencontré qu'une petite concrétion, et nous avons été frappé de ce fait que l'appendice de l'adulte n'est pas sensiblement plus gros que celui de l'enfant.

Ces différences s'expliquent peut-être par le développement du cæcum qui chez les tout jeunes enfants est d'ordinaire petit et continué dans certains cas presque

directement par l'appendice. Ce dernier présente alors une valvule de Gerlach assez nette.

Plus tard le cæcum se développant surtout aux dépens de sa paroi externe, l'orifice appendiculaire est rejeté en haut et en dedans, la valvule est beaucoup moins nette et les matières demi-liquides peuvent facilement pénétrer. De plus, dans bon nombre de cas la valve inférieure de la valvule de Bauhin recouvre l'orifice de l'appendice, et peut favoriser la rétention des matières qui s'y sont introduites.

En somme, les lésions nous ont paru plus fréquentes chez l'adulte ; les matières fécales s'observent presque constamment chez les enfants de 8 à 15 ans et cela aussi bien chez les filles que chez les garçons, mais il est encore un point que nous tenons à relever, c'est que toutes les fois que l'appendice n'occupait pas sa position normale les matières qu'il contenait étaient beaucoup plus denses que le contenu du cæcum et présentaient une teinte grisâtre rappelant celle des calculs stercoraux.

Étiologie.

Comme le fait remarquer Trêves (1) nous ne connaissons l'étiologie de l'appendicite que pour les cas assez rares on l'on a trouvé une lésion bien définie, telle que la tuberculose ou l'actynomycose ; les autres nous échappent en partie d'autant qu'on ne saurait les comparer les uns aux autres. Les gangrènes étendues à presque tout l'organe ou très limitées, et disposées alors en plaques ou en sillons circulaires qui amputent l'organe, suivant l'expression de Krafft, ne ressemblent pas du tout aux petites ulcérations de la muqueuse que l'on rencontre plus souvent, et il est peu probable que la cause soit la même dans les deux cas.

Quoi qu'il en soit les statistiques ont démontré que l'appendicite était plus fréquente chez l'homme, et dans nos observations nous trouvons la même moyenne que M. Talamon : 4 filles sur 21 cas. Elles ont aussi démontré que l'affection pouvait s'observer à tous les âges mais que les trois quarts des cas se produisaient avant trente ans. Il n'y a guère qu'Einhorn (2) et Mynter (3) qui professent une opinion contraire, mais le premier se base

(1) *British medical Journal*, 22 avril 1893.

(2) *Münchener medic. Wochenschrift*, 1891, p. 121.

(3) *Annals of Surgery*, 1891, t. XIII.

sur des autopsies et le second sur 14 cas pour lesquels il est intervenu. Si l'on tenait compte de la première attaque pour les cas qui deviennent graves des années plus tard parfois, et de tous les cas bénins, il est probable que la moyenne de l'âge baisserait notablement pour arriver à une fréquence plus grande chez les adolescents, de 10 à 15 ans.

On a invoqué la constipation habituelle comme cause prédisposante, mais, comme le fait remarquer M. Talamon, les femmes sont plus souvent constipées que les hommes et d'ailleurs on trouve souvent la diarrhée comme antécédent. Dans nos observations nous avons toujours noté des selles régulières jusqu'au début des accidents, sauf dans un cas.

Cependant, M. Jules Simon (1), insistant sur les troubles prémonitoires de la typhlite et de l'appendicite chez les enfants, a souvent observé une constipation qui provoque, outre la stagnation fécale un certain degré d'atonie et d'inflammation catarrhale du cæcum. Plus récemment encore, Barker (2) fait jouer un rôle important comme cause prédisposante à la parésie du cæcum. Le cæcum paralysé, dit-il, se laisse distendre par les gaz, les sacculs et les replis s'effacent, l'orifice d'abouchement de l'appendice s'arrondit et permet l'introduction des concrétions. Mais il admet que les microbes peuvent y pénétrer avant ce moment et que c'est eux qui jouent le rôle principal, puisque les corps étrangers proprement dits ne s'observent pas dans tous les cas d'appendicite.

(1) J. SIMON. *Bulletin médical*, septembre 1891.

(2) C. BARKER. *New-York med. Journal*, juillet 1892.

Bamberger, dans son traité de pathologie, accuse les inflammations anciennes qui se traduisent par une rigidité plus ou moins considérable de la valvule iléo-cæcale. Leudet (1) a signalé des perforations à la suite de rougeole, de variole, d'entérite.

Gouronnec, dans sa thèse, 1881, a étudié les cas qui se manifestent à la suite d'une fièvre typhoïde, il les considère comme rares, mais il est bien certain que l'appendice étant riche en follicules clos aura de grandes tendances à s'enflammer au cours de cette maladie ; et de fait, dans les appendices de typhiques, si nous n'avons pas trouvé d'ulcérations comparables à celles de l'intestin, nous avons noté trois fois sur quatre une rougeur insolite de la muqueuse avec abondante production de mucus, et dans un cas saillie exagérée des follicules. Cette congestion de la muqueuse peut favoriser l'ulcération en présence d'un corps étranger, ou déterminer un état catarrhal qui provoquera des épaissements, des brides, pouvant aller jusqu'à l'oblitération de la lumière appendiculaire.

On rencontre souvent, fichés dans la muqueuse du cæcum et de l'appendice, des trichocéphales, et parfois on note une certaine rougeur au niveau de leur point d'implantation. Ces vers, au dire de Maignien, cité par M. Blanchard dans son article du dictionnaire encyclopédique, peuvent produire des ulcérations avec réaction inflammatoire, et il signale une typhlite s'observant dans les meutes et qui serait due à leur présence. Du reste, en

(1) LEUDET. *Archives générales de médecine*, 1859.

lisant les statistiques de Davaine sur ce parasite, il est curieux de voir qu'on le trouve beaucoup plus souvent en Suisse et dans les pays anglo-saxons, et cela surtout chez les individus de 10 à 20 ans, c'est-à-dire à l'âge et dans les pays où l'appendicite est la plus fréquente.

Nous ne croyons pas que le trichocéphale suffise à lui seul pour provoquer l'ulcération, mais il est fort possible que sa présence détermine un certain état catarrhal de la muqueuse qui agira comme celui que déterminent la fièvre typhoïde ou un corps étranger.

Nous arrivons ainsi à l'étude des corps étrangers, et si nous consultons les statistiques nous voyons qu'on les observerait dans 60 pour 100 des cas (M. Talamon). Renvers (1) qui a réuni 459 cas ne les trouve plus qu'une fois sur 2, 3, et il cite les autopsies de Lengfeld à l'institut anatomo-pathologique de Berlin qui, sur 112 cas, ne les a trouvés que 28 fois contre 29 ulcérations; Mac Burney n'en a rencontré que 7 fois sur 24, et Weir jamais sur 26 opérés; malgré les plus minutieuses recherches, 4 fois sur 10 nous n'en avons pas trouvé.

Le corps étranger proprement dit grain de plomb, épingle est exceptionnel et presque toujours il s'agit de calculs stercoraux, à couches concentriques disposées autour d'un noyau central de nature variable. Ils naîtraient, d'après M. Talamon, dans le cæcum, et ce qui le prouve bien, dit-il, c'est leur forme sphérique et non pas allongée comme elle devrait l'être s'ils se formaient dans l'appendice. Nous devons avouer que tous ceux dont la forme est

(1) RENVERS. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1891.

décrite ou dessinée, ont un diamètre plus considérable que les autres, et on les compare à un noyau de datte ou d'olive.

Aussi nous rangeons-nous à l'opinion de Favre (1) qui les fait naître dans l'appendice, et cela d'autant plus que nous n'avons jamais rencontré dans le cæcum quelque chose d'analogue à ces calculs, tandis que dans l'appendice nous avons trouvé tous les intermédiaires entre les matières molles et les scybales proprement dites.

Le calcul ainsi formé peut déterminer un état catarrhal de la muqueuse qui tendra, par suite de la production plus abondante de mucus, à le rejeter du côté du cæcum ; s'il est arrêté dans sa marche par un épaissement de la paroi, par une coudure brusque, il déterminera des accidents variables suivant qu'il y aura ou non infection. S'il n'y a pas infection, le bout périphérique se dilate et donne naissance à un de ces kystes bien étudiés par Lafforgue (2). Si au contraire la prolifération microbienne est considérable, et si l'envahissement des tuniques est favorisé par des troubles circulatoires dus à la compression des vaisseaux par le calcul, on verra survenir des gangrènes plus ou moins étendues avec perforation. Elles pourront être limitées aux points sur lesquels presse le calcul, et n'intéresser qu'une partie restreinte de la paroi, ou bien si le calcul oblitère complètement la lumière de l'appendice et retient les excréta, le sphacèle s'étendra à toute l'extrémité périphérique et c'est dans ces cas qu'on observe souvent une véritable

(1) FAVRE. Thèse de Paris, 1851.

(2) LAFFORGUE. Thèse de Lyon, 1893.

amputation circulaire au niveau du corps étranger. Enfin il est des cas où ce dernier existe mais où il semble n'avoir joué aucun rôle, ce sont ceux dans lesquels il est mobile, et surtout ceux dans lesquels on constate l'existence d'une ulcération située entre les scybales et le cæcum, comme Milbank (1) en a rapporté un exemple remarquable et comme nous l'avons vu dans notre observation XVII. Il semble alors que l'ulcération joue le rôle principal et cela d'autant plus que souvent elle existe seule, dans la moitié des cas environ, d'après Renvers (2). Le nombre de ces ulcérations est variable, d'ordinaire on en trouve plusieurs, elles sont d'ailleurs peu étendues en surface, circulaires et n'ont guère que deux ou trois millim. de diamètre. Autour d'elles la muqueuse est rouge, tuméfiée, et parsemée de follicules clos augmentés de volume. Il est rare que la perforation soit complète au niveau de toutes les ulcérations, les unes ne s'étendent qu'à la muqueuse, d'autres s'avancent jusqu'à la séreuse, enfin une seule très souvent a franchi toutes les tuniques. Les examens histologiques de M. Quénu (3) ont montré qu'elles se produisaient au niveau des follicules clos. C'est aussi ce qu'a pu constater notre collègue Chibret sur les appendices que nous lui avons donnés à examiner. La nature de ces ulcérations n'est pas déterminée ; cependant Leudet fait remarquer que 6 fois sur 13 il les a trouvées chez des tuberculeux et souvent nous avons retrouvé la tuberculose dans les antécédents de nos malades.

Dans un sixième des cas, d'après Renvers, on ne trouve

(1) MILBANK. *New-York med Journal*, 22 février 1890.

(2) RENVERS. *Loc. cit.*

(3) QUÉNU. *Société de chirurgie*, 1892.

que des lésions inflammatoires sans corps étranger et sans ulcération. M. Poncet, de Lyon, dans la thèse de son élève Margery (1), étudie cette forme d'appendicite dont la marche est souvent très rapide et il admet que l'état inflammatoire amène l'obstruction de l'orifice de l'appendice et une résorption des produits sécrétés. Trèves (2) fait jouer un rôle dans ces cas aux coudures de l'appendice ; si ces coudures sont légères, elles pourront provoquer des formes chroniques ; si au contraire elles sont brusques, elles pourront causer des gangrènes. Il accuse aussi les alternatives de distension et de déplétion du cæcum qui provoquent des tiraillements de l'appendice. Nous sommes d'autant plus tenté de nous ranger à son opinion que, comme nous l'avons vu, les appendices malades ont presque toujours une position anormale. Cette position vicieuse, quelle qu'elle soit, semble favoriser la stagnation des matières fécales et la formation de calculs stercoraux qui finissent par déterminer l'irritation de la muqueuse. De plus, lorsque l'appendice se place en avant et surtout en arrière du cæcum, son méso est plus court, souvent même il semble accolé aux parois cæcales, et on comprend fort bien que ses tuniques soumises à des tiraillements perpétuels s'irritent et présentent une moins grande résistance aux germes pathogènes.

Les rechutes tiennent à des causes variables avec les cas, mais il est probable qu'ils faut accuser le plus souvent les tiraillements dus aux brides et aux adhérences qui empêchent la cicatrisation ou provoquent de nouvelles poussées inflammatoires.

(1) LOUIS MARGER, Thèse de Lyon, 1892.

(2) TRÈVES. *British medical Journal*, avril 1893.

Symptômes.

Laissant de côté l'étude détaillée des signes de l'appendicite nous insisterons sur ceux qui nous ont paru les plus constants et qui permettent d'assurer le diagnostic dans certains cas. Nous décrirons comme tous les autres une forme bénigne qui évolue probablement sans déterminer de collection purulente, et une forme grave, suppurée, qui, suivant les cas, déterminera un abcès péritonéal ou une péritonite généralisée. Nous n'avons jamais observé de colique appendiculaire typique, et toujours à la suite de ces crises nous avons pu sentir une tuméfaction profonde, restant douloureuse à la pression pendant quelques jours au moins, aussi n'en parlerons-nous pas, les considérant comme des appendicites légères.

FORME BÉNIGNE

Cette variété n'est pas toujours facile à prévoir et à annoncer dès le début car la douleur et les phénomènes réflexes varient énormément avec les individus et peuvent faire croire à une forme beaucoup plus grave. D'ordinaire elle apparaît en pleine santé, parfois après quelques jours de troubles digestifs. Le malade ressent tout à coup, à la suite d'un effort, d'un refroidissement, une

douleur vive qu'il rapporte le plus souvent au voisinage de l'ombilic mais en indiquant de préférence le côté droit. Cette douleur s'accompagne dans certains cas de vomissements alimentaires et bilieux, toujours d'anorexie et de constipation avec état saburral de la langue. La température reste au voisinage de la normale et dépasse rarement 38°,5, le pouls est bon. Le ventre ne présente pas de ballonnement, pas d'œdème, en le palpant on constate que la douleur siège dans la fosse iliaque droite et il est rare qu'on ne puisse déterminer un maximum très nettement localisé au niveau d'un point signalé en Amérique par Mac Burney, et qu'on appelle souvent depuis, surtout en Allemagne, le point de Mac Burney. Ce point siège au voisinage du milieu de la ligne unissant l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, le plus souvent immédiatement au-dessous de cette ligne. Lorsqu'on palpe la région, les muscles de la paroi, déjà contractés, augmentent encore leur état de contraction, et d'ordinaire malgré la plus grande douceur on n'arrive pas à sentir nettement les parties profondes. Quand par hasard les muscles sont moins tendus on trouve au niveau du point le plus douloureux, une petite tuméfaction dure, peu mobile, quelque chose comme un ganglion légèrement enflammé, ayant la forme d'une sphère ou d'un petit cylindre à contours assez vagues. En dehors on détermine des gargouillements au niveau du cæcum.

En deux ou trois jours les phénomènes douloureux cèdent, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement, mais pendant quelques jours on continue à sentir la petite tumeur qui devient d'ailleurs beaucoup plus nette

et souvent se mobilise sur les parties profondes, les muscles ne se contractant plus on peut constater que le volume et surtout la dureté de la tuméfaction diminuent, et huit à dix jours après la période aiguë on ne trouve plus rien.

Dans ces examens il faut se prémunir contre deux causes d'erreur, tout d'abord les contractions isolées d'un groupe de fibres musculaires, et surtout la sensation que donne le bord externe du muscle droit antérieur quand il s'échappe sous le doigt, on pourrait les prendre pour un appendice qui, dans le second cas, serait mobile. La présence de matières fécales dures dans le cæcum, et souvent la constipation amène une stase dans cette partie de l'intestin avec formation d'un véritable boudin, pourrait aussi tromper au premier abord. Mais il suffit d'un purgatif léger pour évacuer l'intestin, et il ne reste que l'appendice enflammé et plus facile à explorer.

FORMES GRAVES

Comme précédemment le début se fait en pleine santé, à la suite d'un coup, d'un effort ou sans la moindre cause apparente, ou bien après une constipation de quelques jours, quelquefois même après des mois de malaise vagues (obs. XIX). Presque toujours la maladie éclate par une douleur très vive, rarement rapportée par le malade à la fosse iliaque elle-même. En général, il accuse la région ombilicale, mais en montrant de préférence le côté droit ; dans quelques cas c'est l'épigastre ;

dans d'autres la fosse iliaque gauche (Routier, Schwartz, obs. XVIII) ; dans d'autres enfin l'hypogastre (Keen). La plupart du temps, il suffit d'une palpation sommaire pour constater que le maximum est bien dans la fosse iliaque droite, mais parfois cependant le malade continue à accuser le côté gauche ou le bassin. Cette douleur force le malade à marcher plié en deux quand il le peut, et quand il est au lit, il se tient d'ordinaire dans le décubitus dorsal, avec cuisses fléchies sur l'abdomen, et il n'est pas rare que l'extension de la cuisse droite devienne tout à fait impossible (Krafft, Roux, obs. IX, XI...).

En même temps que la douleur, et surtout si le début se fait après le repas, on voit apparaître des vomissements qui parfois même précèdent la douleur. Ils sont d'ailleurs sujets à de nombreuses variations dans leur fréquence et dans leurs caractères, mais on peut les considérer comme constants. Il peut n'y en avoir qu'un seul, d'ordinaire ils sont fréquents le premier et le second jour, douloureux, alimentaires d'abord puis bilieux, et même porracés.

A cette période, la constipation est de règle, elle peut être absolue et rester telle plusieurs jours, quelquefois on note de la diarrhée. Le facies est légèrement angoissé, la température monte à 39° et même 40°, le pouls fréquent est en rapport avec elle, il est plein et régulier. La dyspnée est peu marquée sauf dans les cas où le péritonisme est considérable, et le nombre des mouvements respiratoires n'est que peu augmenté.

Cette période dure en moyenne deux ou trois jours, et il est bien difficile de savoir à ce moment ce que devien-

dra la maladie car ce n'est guère qu'alors qu'elle évolue en péritonite enkystée ou en péritonite généralisée, et les symptômes changent suivant le cas.

Dans les péritonites localisées les symptômes énumérés déjà continuent leur évolution, la douleur persiste et se localise de plus en plus dans la fosse iliaque droite, la pression, les mouvements l'exaspèrent, et souvent on observe un caractère déjà signalé d'ailleurs, c'est que le malade reste couché sur le dos ou sur le côté droit, le décubitus latéral gauche provoquant des exacerbations. Les vomissements cessent, le facies reste fébrile et la langue franchement saburrale, l'irrégularité des selles persiste.

En examinant la fosse iliaque, ce qui frappe tout d'abord c'est une contracture des muscles rendant la paroi absolument rigide, c'est un véritable mur qui rend difficile un examen approfondi. Elle cesse bientôt et fait place suivant les cas à deux dispositions différentes : tantôt on trouve en empâtement profond plus marqué dans la fosse iliaque en dedans de l'épine et au-dessus de l'arcade de Fallope, remontant plus ou moins haut. Cet empâtement est dû à la formation d'adhérences entre les anses intestinales, l'appendice et l'épiploon qui est tuméfié. Il peut persister tel quel mais comme l'a fait remarquer Roux, de Lausanne, dans certains cas, au bout de 48 heures, il fait place à une résistance spéciale comparable à celle que donnerait un carton mouillé et à ce moment on pourrait affirmer l'existence de pus. Dans son mémoire, Roux attribue cette sensation à l'infiltration des parois cæcales ; mais cependant on ne trouve

pas le cæcum épaissi dans les autopsies, et nous croyons que ce signe dont nous ne constatons pas la valeur est dû à la moins grande rigidité de la paroi qui permet de sentir plus nettement le magma formé par les différents organes agglutinés. Il indiquerait alors la cessation des phénomènes péritonéaux et la constitution d'adhérences suffisantes pour limiter le processus inflammatoire, avec formation d'un abcès situé en arrière des différentes parties réunies par les adhérences.

Dans d'autres cas on trouve un plastron qui parti de la crête iliaque s'avance du côté de la ligne médiane, en bas il suit l'arcade de Fallope ; en haut il atteint presque le rebord des fausses côtes ; en dedans il s'arrête sous le muscle droit antérieur, il a donc la forme d'un éventail à base tournée en dedans (Dessins de Roux. Obs. V et VII).

La percussion pratiquée légèrement avec un seul doigt qui vient frapper par la face dorsale de l'ongle donne une matité complète au niveau de l'empâtement ou du plastron. La percussion médiate donne au contraire de la sonorité et même un bruit hydro-aérique au niveau du cæcum, de la matité sur le reste de la tuméfaction.

Keen (1) insiste sur ce fait que la percussion pratiquée avec un seul doigt détermine presque toujours dans les cas où il y a suppuration un petit godet d'œdème. M. Jalaguier nous a dit avoir fait la même remarque et nous avons pu constater sa réalité dans tous les cas où il y avait de l'empâtement ; dans les cas de péritonite géné-

(1) KEEN. *Annals of Surgery*, 1891.

ralisée avec œdème de presque toute la paroi, le godet était encore plus marqué à droite quand il s'agissait d'appendicite.

En même temps que se produit l'infiltration de la paroi on voit apparaître des veinosités qui deviennent de plus en plus volumineuses, elles naissent au niveau de l'arcade crurale et montent se perdre plus ou moins haut. C'est encore M. Jalaguier qui a attiré notre attention sur ce point que nous avons du reste retrouvé dans certaines observations, notamment dans une de celles qu'a publiées M. Terrier. Nous avons toujours remarqué cette dilatation veineuse, et elle restait plus marquée à droite qu'à gauche dans les cas de péritonite généralisée.

Pendant ce temps la température reste élevée, 39°, 40°, le pouls est régulier à 100 pulsations par minute, 120 chez les jeunes enfants mais il est toujours en rapport avec la température. Le nombre des mouvements respiratoires est augmenté.

Nous avons dit que la tuméfaction apparaissait de bonne heure, et en effet on le constate au bout de quelques heures quand la rigidité musculaire n'est pas très marquée, cependant il n'en est pas toujours ainsi et cela parce que suivant le siège de l'appendice, l'abcès peut se faire en différents points. Musser (1) admet qu'il occupe soit la fosse iliaque au-dessus du ligament de Poupart, soit la fosse iliaque en arrière du cæcum, soit le bassin; Gerster (2) y ajoute deux variétés que nous croyons sans

(1) MUSSER. *Journal of americ. assoc.*, 1888.

(2) GERSTER. *New-York medical journal*, 1890.

grande importance clinique et Von Bardeleben (1) dit que l'abcès est plus souvent derrière le côlon que derrière le cæcum.

Quand l'abcès se produira dans le bassin, on aura dans certains cas tous les signes d'une salpingite (Robb) ou d'un calcul vésical (Malespine) (2) avec douleurs pubiennes et périnéales, envies d'uriner, tiraillements de la verge... Dans un cas de péritonite généralisée avec gros foyer pelvien (obs. XVIII) nous avons observé à un moment des douleurs dans la verge.

Si l'abcès se forme en arrière du côlon ou du cæcum, la pression est encore douloureuse dans la fosse iliaque, mais elle est souvent beaucoup plus vive en arrière et on sent une résistance considérable de la fosse lombaire, c'est là que commence l'empâtement et il peut mettre plus de 48 heures pour gagner la partie antérieure. C'est également là qu'apparaissent l'œdème et les veinosités et c'est probablement dans ces cas qu'on observe surtout la flexion de la cuisse.

La maladie arrive ainsi au 4^e ou 5^e jour et alors il n'est pas rare d'observer une détente dans tous les symptômes la température revient brusquement (obs. V) ou en deux ou trois jours à la normale et tout rentre dans l'ordre, il y a résolution, ou bien après ce mieux passager les signes d'abcès reparaissent et deviennent plus nets.

Dans les cas de résolution, et ce seraient les plus nombreux d'après les statistiques purement médicales, faut-

(1) VON BARDELEBEN. *Réunion libre des chirurgiens allemands à l'hôpital de Moabit*, 14 mars 1892.

(2) MALESPINE. *Archives générales de médecine*, 1841.

il admettre qu'il y a eu péritonite plastique sans pus ? C'est possible mais ceux qui ont pratiqué des ponctions, Renvers (1) notamment, ont pu retirer du pus, malgré cela les symptômes s'amendaient et le malade guérissait sans intervention. D'ailleurs les opérations faites de bonne heure, en Amérique, ont montré l'existence de pus au bout de quelques heures, il est vrai qu'ils parlent de quelques gouttes, et on comprend que ces petites quantités puissent disparaître. Quoi qu'il en soit, on voit alors l'empâtement diminuer peu à peu et bientôt il ne reste plus qu'une petite tuméfaction comparable à celle des formes bénignes et tout rentre dans l'ordre jusqu'à ce qu'il se produise une poussée nouvelle.

Si au contraire il se forme un abcès, on voit augmenter l'œdème de la paroi et bientôt la collection s'avance vers l'arcade crurale, elle arrive immédiatement au-dessus d'elle et forme une saillie ovalaire à grand axe transversal. La pression sur ce point est douloureuse, au bout de quelques jours la peau rougit on sent la fluctuation puis s'il est abandonné à lui-même l'abcès s'ouvre au dehors laissant échapper un pus fétide souvent mélangé de gaz. Cette terminaison s'observait autrefois 28 fois sur 67 (Bull). Dans d'autres cas l'abcès s'ouvrait dans le cæcum, dans le rectum, la vessie, les vaisseaux iliaques.

Lorsque l'abcès est constitué, il peut s'ouvrir dans la cavité péritonéale si les adhérences sont rompues, et le fait se voit à la suite d'un transport, d'une purgation,

(1) RENVERS. Société de médecine interne de Berlin. *Berliner klinische Wochenschrift*, 4 mai 1891.

d'un lavement. La douleur se généralise brusquement dans tout l'abdomen, le ventre se ballonne, les traits se crispent, les vomissements réapparaissent. Mais il est un fait qui nous a frappé c'est qu'à ce moment la température s'abaisse; dans notre observation XII, elle passe de 39°,5 à 38°,2 puis 37°,6 le pouls augmentant au contraire de fréquence pour arriver de 116 à 130. Dans l'observation XVII du premier mémoire de Roux la température est à 39°,9, elle passe à 38°,2 le soir quand le ventre commence à se ballonner; dans l'observation XLIV du même auteur de 38°,9 elle arrive à 36, le pouls passant de 100 à 130.

Lorsque la péritonite se généralise d'emblée, les symptômes du début augmentent d'intensité, la douleur s'étend à tout l'abdomen, le ventre se ballonne, les vomissements deviennent porracés, bref on a tous les signes de la péritonite aiguë et le malade meurt rapidement, Mais ces péritonites évoluent d'ordinaire presque sans fièvre, 38°,5, rarement 39° et seulement au début, et souvent on ne trouve que 37° et même 36°,5. Le pouls est en désaccord avec la température et bat 120, 140 fois par minute, il est de plus filiforme, mou et devient rapidement incomptable. La constipation peut être absolue, ce qui, joint à l'absence de fièvre, fait penser à l'occlusion intestinale; plus souvent il y a surtout à la fin une diarrhée intense. Dans quelques cas il se produit dans les dernières heures, un mieux relatif, les douleurs cessent, le malade cause volontiers avec ceux qui l'entourent et cependant les extrémités se refroidissent déjà et il est impossible de sentir le pouls radial. M. Jalaguier

a vu dans un cas, la péritonite évoluer sans douleurs, la malade restant assise sur son lit, sans fièvre et mourant en moins de huit jours avec du pus plein l'abdomen. Adenot et Goullioud (1) rapportent une observation analogue ; la malade s'asseyait dans un fauteuil quelques heures avant sa mort, tandis qu'on avait déjà la sensation de flot.

Abandonnées à elles-mêmes ces péritonites sont sûrement mortelles, nous n'avons trouvé qu'une observation empruntée par Vollert (2) à la pratique de Nothnagel dans laquelle une péritonite diffuse avec pyémie aurait guéri après 5 mois d'un traitement médical.

En somme ces péritonites appendiculaires présentent les signes ordinaires, mais la réaction peut y être moindre. De plus, la douleur à la pression tout en étant générale reste plus vive à droite, quelquefois même à ce niveau on trouve une légère submatité mais il est rare qu'on constate l'existence d'un empâtement comme dans les cas localisés, et nous verrons plus tard que cette absence d'empâtement au bout de quelques heures, assombrit le pronostic, car jointe à la non concordance du pouls et de la température elle ne permet plus d'espérer un abcès localisé.

(1) ADENOT et GOULLIOUD. *Lyon médical*, 21 juin 1891.

(2) VOLLERT. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1891.

Complications.

Depuis Favre qui, dans sa thèse déjà citée, avait noté une fois la coexistence d'une pleurésie et d'une appendicite, on trouve çà et là signalés comme complications de la maladie, des inflammations pleuro-pulmonaires. Dans sa thèse faite dans le service de Gerhardt, Wolbrecht (1), regarde la pleurésie comme très fréquente, il l'aurait trouvée 34 fois sur 89 malades atteints de pérityphlite, c'est-à-dire dont 38 0/0 des cas, et il admet que si elle n'est pas signalée plus souvent, c'est tout simplement parce qu'on n'examine pas suffisamment les malades. Nous avons soigneusement ausculté tous les nôtres, et nous devons dire que nous n'avons constaté qu'une seule fois un petit épanchement, et encore c'était à la suite d'une laparotomie pour appendicite à rechute (obs. XXI). Un des malades du service dont l'observation a été publiée à la Société de chirurgie par M. Jalaguier, avait dû subir l'empyème, et, depuis, M. Terrillon a rapporté devant la même Société 3 cas de pleurésie au cours d'une typhlite; on ne saurait donc la mettre en doute. Wohlbrecht considère ces pleurésies comme bénignes, elles peuvent même rester sèches, toutes celles qu'il a observées ont guéri, deux seulement étaient purulentes, trois doubles,

(1) WOLBRECHT. Inaugural Dissert. Berlin. *Bulletin médical*, mars 1892.

une siègeait à gauche. Mais la purulence peut être plus fréquente; Koerte (1) l'a trouvée 4 fois sur 24 typhlites, et la mort peut arriver. Du reste, il faut distinguer les pleurésies par voisinage restant bénignes, des pleurésies toujours graves survenant à la suite de l'ouverture de l'abcès dans la séreuse après perforation du diaphragme. Un malade de Vollert (2) est mort, il en est de même de celui de Gravitz (3) où une pleurésie, d'abord séreuse, devient purulente, quand le diaphragme fut perforé. Le petit malade de M. Jalaguier a fini par succomber.

En somme, ces pleurésies secondaires nous ont paru moins fréquentes, mais plus graves que ne le dit Wohlbrecht.

On a signalé aussi des pleuro-pneumonies (Weir), des broncho-pneumonies (E. Dupré), de la gangrène pulmonaire (Terrillon).

Leudet avait admis la possibilité d'une pylophlébite suppurée à la suite de l'appendicite, et dans la thèse de Gendron (4) on en trouve trois cas, depuis Lelong (5) en a publié un cas, et nous avons été à même d'en observer un autre (obs. XXV) dans le service de M. Sevestre suppléé par M. Variot, et il est probable qu'un certain nombre des morts par septicémie au cours d'une appendicite, sont dus à la suppuration de la veine porte. Celle-ci

(1) KOERTE. *Berliner klinische Wochenschrift*, nos 26, 27, 1891.

(2) VOLLERT. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1891.

(3) GRAVITZ. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1889.

(4) GENDRON. Thèse de Paris, 1883.

(5) LELONG. *Archives de médecine militaire*, juillet 1891.

s'annonce par un frisson violent, la température monte à 40° et au delà, l'épigastre et la région hépatique deviennent très douloureux, le ventre se ballonne parfois. Le foie augmente de volume, et parfois survient un ictère peu marqué. Les symptômes nerveux sont très graves, et le malade meurt rapidement dans l'adynamie.

On a encore signalé des thromboses de la veine iliaque avec embolies (Einhorn, Roux, Furbringer) Ransom (1) a trouvé ces veines thrombosées au cours d'une appendicite actynomycosique. Enfin Bull rapporte deux cas d'ouverture de l'abcès dans les vaisseaux artériels.

La persistance des fistules stercorales, lorsqu'après l'ouverture d'un abcès appendiculaire, l'appendice n'a pas été réséqué, pourrait être rangée au nombre des complications. Mais c'est un fait exceptionnel, la perforation tend à s'oblitérer d'elle-même et cela très rapidement. C'est ainsi que Fürbringer (2) a pu constater sur un malade mort d'embolie, deux jours après l'amélioration d'une appendicite, que le pus était complètement résorbé et la perforation oblitérée; Sutton (3) relate un cas analogue. Quand la fistule se produit, d'ordinaire elle guérit spontanément et assez vite, Fochier (4) et Trèves (5) ont insisté sur ce point; et en tout cas, c'est une complication assez rare pour qu'elle ne puisse ser-

(1) RANSOM. *British med Journal*, 1891.

(2) FURBRINGER. *Loc. cit.*

(3) SUTTON. *London clin. Soc.*, 13 février 1891.

(4) FOCHIER. *Lyon médical*, 22 novembre 1891.

(5) TRÈVES. *Congrès de la Société clinique de Londres*, février 1891.

vir d'argument en faveur de l'extirpation de l'appendice dans tous les cas où l'on doit intervenir. Cette résection, entreprise au moment où la période inflammatoire est encore en plein état, ferait courir, si elle était quelque peu difficile, des dangers sérieux au malade, et la rupture d'adhérences peu solides a souvent déterminé des désastres en provoquant une péritonite généralisée.

L'ouverture de l'abcès dans l'intestin est une véritable guérison ; on l'a vu se faire dans la vessie, et alors on peut craindre une cystite avec toutes ses conséquences ; cependant on a vu des guérisons. La perforation de l'aponévrose iliaque provoquera un abcès du psoas qui demandera un traitement spécial.

Diagnostic.

Le diagnostic de l'appendicite aiguë est en général facile, et en présence d'une douleur abdominale vive et subite, accompagnée de vomissements, il faut toujours examiner la fosse iliaque droite, il faut également toujours y songer dans les cas de péritonite survenant d'emblée, car elles tiennent souvent, sinon toujours, à des lésions de l'appendice.

Il est cependant quelques causes d'erreur, plus fréquentes peut-être chez l'adulte. Dans la colique néphrétique, il y a des vomissements, une douleur vive et subite s'irradiant du côté du testicule, des envies fréquentes d'uriner, etc. Toutes choses qui parfois s'observent dans l'appendicite, on y a même noté la rétraction du testicule (Loyer-Villermay). Lorsque l'appendice plonge dans le bassin, son inflammation peut simuler des troubles vésicaux. Malespine, Barbier ont vu de la rétraction du testicule, des envies d'uriner fréquentes, des érections, etc... ; mais ce sont là des cas exceptionnels. On pourrait croire à un calcul vésical, même après cathétérisme, si bientôt l'examen de la fosse iliaque ne levait tous les doutes ; le toucher rectal ou vaginal sont d'une certaine utilité dans ces cas, en montrant l'intégrité de la vessie.

La colique hépatique débute brusquement par une

douleur vive, des vomissements, angoisse de la face, petitesse du pouls, etc., mais elle vient deux ou trois heures après le repas, la douleur s'irradie dans l'épaule, et la pression montre que son maximum est au niveau du fond de la vésicule biliaire. La douleur peut être rapportée à l'épigastre dans l'appendicite, mais la pression montre que son maximum siège beaucoup plus bas, au niveau du point de Mac Burney, et elle ne s'irradie pas dans l'épaule.

Enfin l'apparition d'un ictère ou d'un empâtement iliaque vient bientôt lever tous les doutes. Dans la cholécystite calculeuse, M. le professeur Potain a noté des irradiations le long du côlon et jusque dans la fosse iliaque ; mais il suffit de rechercher le maximum des douleurs pour le rapporter à la vésicule biliaire. Enfin, dans un cas de cholécystite suppurée, nous avons cru à une appendicite (obs. XXIII) siégeant très haut ; cependant la douleur et la contracture musculaire avaient bien leur maximum au voisinage de la vésicule ; la fosse iliaque était restée souple, et nous aurions pu éviter l'erreur, du reste l'existence d'une péritonite généralisée rendait l'intervention nécessaire dans un cas comme dans l'autre.

Certaines formes d'entéro-colite se traduisent par des crises douloureuses survenant à la suite d'un écart de régime, d'un refroidissement, avec diarrhée ou constipation, et l'on pourrait croire à une appendicite à rechutes si l'examen méthodique de la fosse iliaque droite ne démontrait l'absence d'une tuméfaction très marquée pendant l'attaque et disparaissant peu à peu. Du reste la pression provoque des douleurs localisées au point de

Mac Burney dans l'appendicite, tandis que dans l'entérocolite on les trouve diffuses et étendues à tout le gros intestin. L'engouement du cæcum, tour à tour admis et rejeté depuis les travaux d'Albers, peut s'observer dans certains cas, nous avons vu dans le service de M. Sevestre un enfant qui présentait un boudin dans la fosse iliaque droite, remontant jusqu'au redord des côtes, avec douleurs vagues, non localisées, et le tout disparut brusquement à la suite d'un purgatif. C'est par ces caractères qu'on fera le diagnostic.

Krafft a particulièrement insisté sur ce fait qu'il n'est pas rare d'observer dans l'appendicite une attitude vicieuse avec légère flexion de la cuisse sur le bassin, et souvent aussi incurvation plus ou moins prononcée du tronc sur le bassin. Dès 1881, Gibney a vu des cas analogues avec douleurs dans la hanche, et on retrouve çà et là des observations où l'attitude vicieuse est notée. On pourrait alors croire à une coxalgie, et M. Ménard nous a montré tout récemment un enfant envoyé à Berck pour cette affection et qui guérit après incision d'un abcès pérityphlique. Le diagnostic est cependant facile, la pression sur le trochanter n'est pas douloureuse ; la cuisse ne peut s'étendre, mais on augmente facilement le degré de flexion, toutes choses qui n'existent pas dans la coxalgie, de plus l'appendicite s'accompagne de douleurs et d'empâtement dans la fosse iliaque.

Lorsque les symptômes péritonéaux sont très marqués et la constipation absolue, le diagnostic entre une appendicite et un étranglement interne est fort difficile, l'erreur a été commise, mais elle n'est guère préjudicia-

ble puisque la même intervention convient aux deux affections. Henrot dans ses pseudo-étranglements parle déjà de péritonites par perforation simulant un étranglement interne; depuis, les faits se sont multipliés : d'après M. Talamon, Ranschoff cite douze cas d'appendicite se traduisant par des signes d'étranglement; Hartley en rapporte deux autres. Voici le résumé d'une observation que nous a remise notre collègue et ami Mauclair: « Une malade, soignée par Marfan, remplaçant M. Rigal, présente depuis huit jours des signes d'étranglement, les vomissements cependant sont plutôt porracés que fécaloïdes; on lui fait un anus iliaque, mais la mort arrive néanmoins. A l'autopsie on trouve un peu de liquide louche dans le péritoine avec appendice perforé, sans calcul stercoral, et noyé dans des fausses membranes qui compriment le cæcum. » Dans notre observation X les signes d'occlusion dominaient. On a cherché, M. Duplay (1) notamment, à donner des moyens d'assurer le diagnostic, et on a conclu qu'il n'y avait guère que des nuances. Le début peut être tout aussi brusque, la constipation tout aussi absolue, mais quelquefois il y a des gaz rendus dans la péritonite; les vomissements sont les mêmes, peut-être plus longtemps et plus franchement porracés que fécaloïdes dans la péritonite. La température n'est pas non plus d'un grand secours et si elle est en général plus élevée dans la péritonite nous avons vu qu'elle pouvait rester à la normale ou même descendre au-dessous comme dans l'étranglement. On a dit que, dans ce der-

(1) DUPLAY. *Archives générales de médecine*, 1876.

nier, le ballonnement était plus rapide et plus considérable, que dans la péritonite la douleur était plus vive, plus superficielle, plus rapidement généralisée, mais ce sont des nuances bien légères et qu'on ne constate qu'au début. Nous attachons plus d'importance à la rigidité musculaire sentie au début dans la fosse iliaque droite et à la présence dans cette région d'une légère submatité qui peut persister assez longtemps (obs. X.), bien qu'à la palpation on ne sente rien ; dans une invagination iléo-cæcale on trouve un boudin plus ou moins volumineux, mais dans l'appendicite l'exsudat assez épais pour donner une submatité ne l'est point suffisamment pour être senti à travers les anses dilatées. La présence d'œdème et de veinosités plus marqués à droite serait aussi d'un grand secours. Enfin, dans l'invagination il n'est pas rare d'observer des selles sanguinolentes.

Le psoïtis, d'ailleurs assez rare, s'accompagne de flexion de la cuisse, mais il y a de plus de la rotation en dehors, la douleur s'irradie moins dans l'abdomen, elle est très marquée dans la région lombaire, et souvent dans l'aïne, elle augmente à la suite des mouvements provoqués. Les vomissements sont exceptionnels, et au lieu d'une tuméfaction localisée, arrondie, on trouve une corde verticalement étendue et correspondant au psoas.

Dans l'adénite iliaque la tuméfaction siège sous l'arcade crurale et cela dès le début, la peau à ce niveau rougit rapidement, la fosse iliaque proprement dite reste libre.

Enfin il est certaines péritonites tuberculeuses à début brusque qui simulent l'appendicite et ce n'est guère que

l'absence de localisation douloureuse dans la fosse iliaque droite qui permet de faire le diagnostic. Les accidents dus à des vers intestinaux comme nous en rapportons une observation (obs. XXIV) peuvent être analogues à ceux d'une péritonite et s'il s'y joint une douleur localisée à droite, comme dans notre cas, on pourra hésiter mais l'absence d'empâtement, de submatité lèveront tous les doutes.

Chez la femme les causes d'erreur augmentent encore, nous avons vu (obs. XXII) une fillette nerveuse prise subitement de douleurs abdominales vives, avec constipation, vomissements, ballonnement du ventre; à droite, la pression est douloureuse mais les muscles se contractent et empêchent tout examen. L'écoulement menstruel s'établit et tout rentre dans l'ordre. Dans ce cas, le point le plus douloureux siégeait immédiatement au-dessus de l'arcade crurale, et juste en son milieu, c'est-à-dire notablement au-dessous du point de Mac Burney et ce fait pourra conduire au diagnostic. En 1890, M. Richelot insistait devant la Société de chirurgie sur les difficultés du diagnostic avec les maladies des annexes, et les cas où l'on a pris une salpingite, ou une hématoçèle pour une appendicite sont fort nombreux, de même que ceux où l'erreur inverse a été commise. Dans ces cas, c'est le toucher minutieusement pratiqué qui donnera quelques renseignements, d'une manière générale les annexes enflammées faisant plus corps avec l'utérus qu'un appendice même quand ce dernier plonge dans la cavité pelvienne. Il faudra de plus tenir grand compte des commémoratifs.

Quand l'appendice est déplacé en même temps que le cæcum ou contenu dans une hernie, son inflammation se traduira par des signes trop différents de la forme ordinaire pour que nous y insistions ici, ce sont du reste des raretés pathologiques.

Nous renvoyons au pronostic pour le diagnostic des formes de l'appendicite, mais auparavant nous devons dire quelques mots des moyens employés pour reconnaître la suppuration. On a préconisé dans ce but la ponction exploratrice; en général les Anglais la repoussent comme inutile et dangereuse; en Allemagne elle a des partisans convaincus (Fürbringer, Renvers, Ewald) qui la pratiquent journellement. En Suisse, Roux après l'avoir essayée la repousse; en opérant des malades il a trouvé du pus alors que l'aiguille n'avait rien ramené, et elle a causé l'infection de la paroi abdominale. Par ce procédé, des abcès de 100 à 150 grammes ont échappé à Bull. Elle semble donc inutile et comme elle peut être dangereuse nous croyons avec la majorité des auteurs qu'il faut la laisser de côté. La fluctuation ne s'observe que rarement, 4 fois sur 68 cas, d'après Barling de Birmingham; aussi ne faut-il pas compter sur ce signe qui du reste apparaît très tard. Le symptôme de Roux est beaucoup plus important, et il a l'avantage de se manifester de bonne heure, malheureusement on ne le trouve pas dans tous les cas, nous rappellerons qu'il consiste en une sensation de résistance mollassse, comparable à celle que donnerait un cylindre de carton mouillé, sentie au niveau du cæcum et coïncidant avec la sonorité de cet organe et du côlon. Avec Keen et M. Jalaguier

nous attachons une grande importance à l'œdème de la peau et aux veinosités. Mais souvent cet œdème est peu marqué, il n'y a qu'une légère infiltration de la peau et il est nécessaire de comparer à l'autre côté.

Enfin nous ferons remarquer que dans certains cas, il est possible de soupçonner le siège de l'appendice malade; on pourra par suite aller directement à lui sans perdre un temps précieux. Une douleur lombaire très marquée avec flexion de la cuisse, l'apparition de l'œdème en arrière permettront presque d'affirmer que l'abcès et par suite l'appendice est en arrière du cæcum, et il sera facile d'aller le chercher en passant en dehors de ce dernier. Un gros empâtement iliaque, sans douleurs lombaires, avec œdème en avant dénotent un appendice situé en avant ou en dedans du cæcum. Enfin des douleurs pelviennes, avec troubles urinaires feront soupçonner un appendice plongeant dans le bassin et dans ces cas le toucher pourra être d'une grande utilité.

Nous n'avons pas cru parler du diagnostic avec la typhlite, on ne peut guère le faire qu'au cours de l'opération, et du reste il est sans intérêt tant les deux maladies sont confondues.

Pronostic.

Le pronostic ressort suffisamment de la description de la maladie pour que nous n'y insistions pas ; il varie avec chaque forme, et ce qui serait plus important à déterminer c'est la proportion de chaque variété par rapport aux autres. Sur nos vingt et un cas nous avons :

- 4 cas très bénins,
- 3 abcès probables, mais terminés par résolution
- 4 abcès ayant nécessité une ouverture
- 9 péritonites généralisées avec 6 morts et 3 guérisons.
- 1 appendicite à rechute opérée.

Comme nous le disions au début, ces nombres sont très faibles, mais nous leur attribuons une certaine valeur car ils représentent les cas soignés dans tout un hôpital et non dans un service isolé ; ils sont par suite beaucoup moins erronés que ceux des statistiques fournies par la pratique d'un médecin ou d'un chirurgien. Les premières font croire à une affection toujours bénigne, tandis que, d'après les autres, il serait toujours nécessaire d'intervenir. Bien qu'établie dans de meilleures conditions, notre statistique est encore imparfaite et le nombre des cas bénins trop faible, car ce ne sont guère que les graves qui arrivent à l'hôpital. Enfin nous avons vu trois cas bénins et un abcès dont les observations ont

été égarées, sans cela nous aurions 15 cas peu graves contre 9 péritonites généralisées.

Au début de l'appendicite, peut-on dire à quelle forme on aura affaire ? Nous le croyons pour la plupart des cas, et pour cela il faut se baser moins sur l'état local, que sur l'habitus extérieur du sujet. Si le facies reste bon, le malade plein de gaieté il est probable que la forme sera bénigne. Par contre, si l'aspect extérieur est celui qu'on observe dans les pyrexies, la fièvre typhoïde notamment, on devra craindre une variété plus grave ; enfin si les traits se tirent dès le début, si les yeux s'excellent, si l'agitation est très marquée, il s'agira presque à coup sûr d'une péritonite généralisée. Ce sont là évidemment des nuances difficiles à définir mais qui ne trompent pas lorsqu'on s'est habitué à les rechercher. Au bout de deux jours on a des signes plus certains pour se prononcer ; dans les cas bénins, on sent une petite tuméfaction ; dans les abcès on trouve un empatement dans la fosse iliaque, une température élevée avec pouls correspondant au degré thermique ; dans les péritonites, la douleur se généralise, la fosse iliaque ne présente presque rien, on n'y trouve pas d'empatement, à peine un peu de submatité dans quelques cas, le ventre est ballonné, la température peu élevée et cependant le pouls est très rapide, mou et dépressible.

En somme l'apparition rapide d'un exsudat dans la fosse iliaque permettra d'espérer une forme localisée, tandis que l'absence d'exsudat, jointe à la discordance du pouls et de la température, feront craindre la péritonite généralisée.

Lorsque le malade s'est rétabli et si l'appendice n'a pas été réséqué, il n'est point à l'abri des récidives ou des rechutes. Les premières peuvent se montrer des années plus tard avec tous les caractères d'une première atteinte ; les secondes apparaissent rapidement, se renouvellent plus ou moins souvent et arrivent à faire du patient un véritable infirme, il doit se surveiller continuellement, éviter tout effort, tout refroidissement, suivre un régime spécial, s'il veut éviter les crises. La proportion de ces appendicites à rechute est difficile à fixer, mais en tous cas elle est assez considérable. Il est à remarquer que la première atteinte est en général la plus grave, on ne trouve guère que 11 (Fitz) ou 25 (Krafft) pour 100(1) d'attaques antérieures chez les opérés, et lorsqu'on suit la marche de l'affection on voit le plus souvent les crises s'espacer peu à peu, diminuer d'intensité et finir par disparaître. Cependant l'inverse s'observe aussi et le malade peut mourir à sa seconde ou à sa troisième atteinte bien que sa cavité péritonéale soit protégée par les adhérences résultant des premières poussées, aussi l'intervention est-elle légitimée, d'autant plus qu'elle n'a donné que des succès.

(1) Cités par M. TALAMON.

Traitement.

Le traitement a été discuté tant de fois devant les sociétés savantes de tous les pays qu'il nous paraît inutile d'y revenir, et nous nous contenterons de rappeler l'opinion du plus grand nombre.

Au début on donnera de l'opium, des pilules de 0,01 centigr. d'extrait thébaïque de deux en deux heures par exemple, et on mettra un sachet de glace sur la fosse iliaque droite.

En cas de péritonite généralisée, intervenir rapidement par une laparotomie médiane, chercher les foyers purulents dans le bassin, la fosse iliaque gauche, derrière le côlon, réséquer l'appendice si on le trouve facilement, et drainer. Cette intervention rapide a permis de sauver bon nombre de malades et nous en rapportons trois cas.

En cas d'abcès, se contenter d'ouvrir la poche, ne pas chercher l'appendice, on risquerait ainsi de détruire les fausses membranes et de provoquer une péritonite généralisée, comme le fait s'est produit.

Dans les appendicites à rechute, intervenir dans les périodes de calme, on a ainsi tout le temps de rechercher l'appendice et de le réséquer sans craindre l'infection du péritoine si l'opération est antiseptiquement conduite.

L'incision pratiquée le long du bord externe du muscle droit antérieur nous a paru la plus facile pour aller à la recherche de l'appendice et nous n'avons trouvé que de rares observations où des adhérences trop nombreuses rendirent la résection impossible (1).

(1) CLARKE et SMITH. *Lancet*, 3 mai 1890.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I. — Le nommé D..., Georges, âgé de 12 ans, sans antécédents héréditaires ou personnels, est pris subitement dans la soirée du 1^{er} avril, à la fin du repas, d'une douleur vive au niveau de l'ombilic, peu à peu elle se localise dans la fosse iliaque droite, et force le petit malade à marcher courbé en deux. Selles le 1^{er} et le 3.

Le 5. Il entre salle Denonvilliers, lit 44.

Pas de ballonnement du ventre. A la pression on détermine une douleur vive, en un point limité siégeant sur la ligne étendue de l'épine iliaque à l'ombilic au niveau du bord externe du droit antérieur. En ce point on sent une petite tuméfaction un peu allongée. Pouls bon. Temp. 38°. Dans la soirée deux vomissements bilieux. Opium.

Les jours suivants la tuméfaction diminue ; mais, dans la soirée du 9, il se produit une crise douloureuse qui a cessé le lendemain. La grosseur sentie a repris son volume du premier jour ; le cæcum plein de gaz donne des gargouillements il paraît légèrement empâté.

Peu à peu tout s'améliore et, le 17 avril, le malade quitte l'hôpital ; au niveau du point mentionné la pression est encore douloureuse, et on sent un petit cordon dur roulant sous le doigt paraissant situé en dedans du cæcum dont on détermine les limites par le gargouillement qu'y provoque la palpation.

Obs. II. — Le nommé D..., Paul, âgé de 11 ans, est un enfant chétif, dont la mère est morte tuberculeuse, il tousse souvent, mais ne présente pas de signes thoraciques. Il y a

3 mois il reçut après le repas un coup de pied dans la région hypogastrique et éprouva sur le champ des accidents syncopaux. Depuis cette époque il éprouve de temps en temps, à la suite d'une fatigue, d'une quinte de toux, des douleurs abdominales qui l'obligent à se coucher quelques instants. Les selles, régulières jusqu'à ce moment, sont devenues rares, l'enfant n'en a que tous les 3 ou 4 jours. Il entre à l'hôpital le 4 avril, et là on constate l'existence d'une douleur vive à la pression au niveau du bord externe du droit antérieur, un peu au-dessous de la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque ; et là on sent une petite masse comparable à un ganglion, légèrement mobile et semblant se prolonger en haut. Après un purgatif la petite tuméfaction est devenue moins nette et moins résistante.

Le 13. On ne trouve plus rien, les douleurs ont également disparu, et le malade sort guéri le 19 avril. Au mois d'avril il était encore bien portant.

OBS. III. — Le nommé S..., Eugène, âgé de 10 ans, éprouve de temps en temps des douleurs dans le côté droit de l'addomen, elles durent une demi-journée et disparaissent spontanément ; pas de constipation.

Le 14 décembre, en revenant de jouer dans la rue, il éprouve des douleurs plus vives que d'ordinaire, ne peut manger et dans la nuit a plusieurs vomissements. Le 15, les douleurs augmentent, il y a deux vomissements et une selle. Le 16, il entre à l'hôpital, la douleur est encore très vive, mais n'empêche pas complètement la marche. Au niveau de la fosse iliaque droite, on sent une résistance considérable, la douleur y est très vive, on perçoit d'une manière peu nette l'appendice qui roule sous le doigt. T. 37°,6. Pouls excellent. Plus de vomissements, une selle normale. Les jours suivants la résistance des parois diminue tout en restant plus marquée à droite qu'à gauche, on sent mieux l'appendice. Le 28 décembre seulement, la fosse iliaque est complètement libre et l'enfant sort guéri.

OBS. IV. — Le nommé M..., Eugène, 10 ans 1/2, dont les parents sont bien portants, a eu la rougeole, la varioloïde, la coqueluche. Dans la nuit du 13 au 14 août, il éprouve tout à coup une douleur violente dans la fosse iliaque droite, a deux selles liquides et un vomissement. Le lendemain, les douleurs sont moins vives, mais il y a encore 3 ou 4 vomissements.

Le 16. Les douleurs augmentent et le petit malade raconte spontanément avoir senti une petite grosseur dans la fosse iliaque droite. Le 18. Les douleurs continuant à augmenter, on l'amène à l'hôpital. Langue et pouls bons. T. 38°,4, le soir.

Dans la fosse iliaque droite, au-dessous de la ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque, on sent très nettement une petite masse au niveau de laquelle la douleur est excessive, il est impossible de l'étudier plus complètement, les muscles se contractant quand on provoque la douleur et rendant toute exploration impossible. Pas de ballonnement. Pas de douleurs lombaires. La cuisse s'étend.

Le 19. Même chose. Langue sale. T. 37°,8-38°,8.

Le 20. T. 37°,2-38°,6. On palpe plus facilement, la grosseur a pris la forme d'un petit cylindre, au niveau duquel la pression reste douloureuse, au-dessous on trouve un empatement vague.

Le 21. Même chose. T. 37°,4-38°,8. Les douleurs ont presque complètement disparu; la tuméfaction a tout à fait la forme d'un appendice épaissi et contourné, commençant au-dessous de la ligne spino-ombilicale, remontant jusqu'à son niveau, puis se portant un peu en dehors. L'empatement situé au-dessous a disparu.

La température retombe à la normale, l'appendice diminue de volume, redevient souple, et le malade sort à peu près guéri le 7 septembre.

OBS. V. — Le nommé D..., Georges, âgé de 13 ans, dont la mère est morte tuberculeuse, est pris subitement dans la soirée

du 10 avril, peu de temps après le repas, de douleurs vives partant de la fosse iliaque droite et irradiant vers l'ombilic et l'hypochondre. En même temps, nausées, un vomissement, sommeil impossible. Même état le lendemain.

Le 12. On l'amène à l'hôpital, et il entre salle Lugol, dans le service du Dr Sevestre : anorexie, langue sale, empâtement de toute la fosse iliaque droite avec matité ; à ce niveau la peau présente un léger œdème et des veinosités. Les douleurs à la pression sont peu marquées sur l'étendue du cæcum et du côlon, très vives au contraire au niveau du point appendiculaire, il y en a aussi dans la région lombaire correspondante.

L'état général est bon, le malade a pu dormir, mais il ne peut rester couché sur le côté droit.

Le 14. La matité s'étend jusqu'à l'arcade de Fallope en bas où il y a un point plus douloureux, en haut elle n'atteint pas tout à fait le rebord des fausses côtes, en dedans elle s'avance jusqu'au bord externe du muscle droit antérieur. Sur toute cette étendue la paroi abdominale est résistante. En arrière la fosse lombaire est beaucoup moins dépressible que du côté gauche.

Le 15. Passage en chirurgie, même état T. 39°, 8. P. 90 ; on donne de l'opium et on met de la glace sur le ventre.

Le 16. Un vomissement bilieux, le malade se sent mieux, la température est tombée à 37°, 6. P. 80. La percussion forte donne de la sonorité partout et même un bruit hydroaérique au niveau du cæcum. La percussion légère donne une matité correspondant à ce que nous avons décrit, on en prend le calque sur le malade.

Le 18. Tout est amélioré, la fosse iliaque a perdu la résistance qui était encore considérable la veille au soir ; sonorité partout, le malade se couche sur le côté droit. On diminue l'opium et on maintient la diète. Selle spontanée le 20.

Le 21. Commence à manger, à ce moment on sent dans la profondeur, aussitôt qu'on a laissé filer sous les doigts le bord externe du droit antérieur une petite masse dure non douloureuse à la pression et qui paraît située immédiatement en dedans

du cæcum dont on détermine l'étendue par le gargonillement.
Le malade part guéri le 16 mai.

OBS. VI. — S..., Georges, âgé de 14 ans 1/2, monteur en bronze, n'a pas d'antécédents pathologiques héréditaires, et à part une rougeole, il s'est toujours bien porté.

Le 1^{er} novembre, il est très mouillé; le lendemain en soulevant une malle il éprouve une douleur subite et très violente dans la fosse iliaque droite qui le force à cesser son travail; il peut encore rentrer chez lui à pied, mais très péniblement. Il rend du bouillon qu'on lui fait prendre, on lui met des cataplasmes; mais la douleur l'empêche de dormir. Il continue à manger, mais n'a pas de selles.

Le 5, un médecin ordonne un vésicatoire sur la fosse iliaque droite.

Le 6 dans la soirée, les douleurs jusque-là très localisées s'irradient dans l'hypochondre et jusque dans la région splénique; le lendemain matin elles se calment mais ont une nouvelle exacerbation dans la soirée; la nuit est mauvaise et on amène l'enfant à l'hôpital, salle Lugol, chez M. Sevestre.

Le 8. Facies grippé, yeux excavés, langue sale, dents légèrement fuligineuses. L'abdomen n'est pas ballonné mais on constate une voussure au niveau de la fosse iliaque droite qui reste immobile pendant les mouvements respiratoires. Submatité à ce niveau. Empâtement très net des côlons ascendant et même transverse. Lavement huileux, glace sur le ventre, une cuillerée d'huile de ricin. T. 38°.

Le 10. Amélioration, cependant la température atteint 38°,6 le matin, 39°,5 le soir, selle dans l'après-midi à 2 heures, puis à 4 heures, et dans la nuit. Le soulagement est considérable, les douleurs ont diminué et la température est revenue à la normale.

Le 11, on donne encore de l'huile de ricin, la douleur à la pression au niveau des côlons a disparu ainsi que l'empâtement, elle persiste un peu dans la fosse iliaque.

Tout s'améliore rapidement; à la fin du mois le malade passe en chirurgie, salle Denonvilliers, lit 15. Pas de température, état général excellent; il y a encore un peu d'empâtement dans la fosse iliaque. Régime lacté, 1 gr. de bétol chaque jour. Au bout de quelques jours on ne sent plus qu'un petit cordon paraissant vertical que l'on croit être l'appendice iléo-cæcal, situé en arrière et en dehors du cæcum. Le malade ne paraissant pas devoir faire une rechute, quitte l'hôpital le 16 décembre, il doit suivre un régime et venir se faire opérer après une rechute.

Obs. VII. — Le nommé Th..., Joseph, 14 ans 1/2 entre le 13 juillet 1892, salle Archambault, n° 16, dans le service de M. le Dr Moizard. C'est un enfant très vigoureux dont cependant la mère est morte de péritonite tuberculeuse. Depuis 15 jours il a de la diarrhée, des maux de tête, et des douleurs dans tout le ventre, mais surtout dans la fosse iliaque droite.

Le 14. T. 39°,2. Vomissements verts, diarrhée fétide. Toute la fosse iliaque droite est le siège d'un empâtement qui s'étend jusqu'au voisinage de l'ombilic. Frictions à l'onguent napolitain, 10 sangsues, à l'intérieur 0,10 centigr. d'extrait thébaïque et potion de Rivière.

Le 16. Amélioration considérable mais l'empâtement persiste, la température descend à 37°,8 et arrive à la normale le lendemain. L'amélioration continue, les symptômes disparaissent du 23, au 30 juillet, la température remonte avec oscillation entre 37°,6 et 39° sans que les douleurs abdominales reparais- sent.

Au mois d'août il n'y a plus de douleurs spontanées, cependant la résistance des parois est toujours plus grande à droite qu'à gauche, et au niveau du point de Mac Burney on trouve une petite tuméfaction arrondie que l'on ne sent nettement que dans les grandes inspirations. Le malade quitte l'hôpital le 16 août.

Obs. VIII. — C..., Fernand, âgé de 13 ans, garçon boucher,

a éprouvé dans le courant d'octobre une douleur abdominale vive, avec vomissement au début, mais au bout de 48 heures tout est rentré dans l'ordre. Huit jours plus tard, dans la nuit du 22 au 23 il s'éveille avec une douleur vague, dont il ne peut préciser le siège, bientôt elle augmente et le force à s'aliter; dans la journée il vomit 6 fois et on lui donne des lavements qui ne produisent aucun effet; un médecin le fait purger. Les douleurs augmentent, il y a des vomissements, l'enfant ne peut dormir et se plaint sans cesse. On l'amène à l'hôpital, salle Lugol, chez M. le Dr Sevestre; selles diarrhéiques. T. 39°. P. 96. Opium et glace sur le ventre.

Le 26 au matin. Facies grippé, ventre ballonné, douloureux à la pression, surtout dans la fosse iliaque droite, mais aussi du côté du bassin et de l'épigastre. Au niveau de la fosse iliaque droite on trouve une submatité peu étendue et un empâtement qu'on ne cherche pas à délimiter exactement. T. 36°,8. P. 96, mou et dépressible. Passage en chirurgie et laparotomie à 11 heures du matin. Incision de 8 cent. parallèle à la crête iliaque; aussitôt le péritoine incisé, il s'échappe un flot de pus, assez bien lié, fétide et on aperçoit par l'ouverture un paquet d'épiploon tuméfié, noirâtre et un appendice très épaissi passant transversalement au-devant du cæcum; on y sent d'ailleurs un corps étranger et on le résèque. La plaie est refermée en partie, on y laisse deux drains et une mèche iodoformée, l'un des drains est placé derrière le cæcum. Pansement.

Amélioration rapide; le soir expulsion d'un lombric.

27 et 28. Tout marche à souhait, mais le 29 il y a de nouveau des douleurs dans la région ombilicale et on constate l'existence d'une petite matité dans la région hypogastrique... Les douleurs et la matité augmentent, la température monte légèrement, le pouls redevient rapide; il y a des vomissements.

3 novembre. Ballonnement très marqué au creux épigastrique. Le soir œdème de la paroi, surtout à la partie inférieure, avec veinosités, matité hypogastrique s'étendant jusqu'à la fosse iliaque gauche. T. 39. Pouls bon quoique rapide.

Le 4. Incision médiane de 6 centim. par laquelle on tombe sur des anses intestinales agglutinées, on les dégage à la sonde cannelée et il s'échappe un flot de pus très fétide. Le doigt pénètre alors dans une cavité limitée en haut par les anses intestinales et occupant tout le bassin. Drainage avec gaze iodoformée. Pansement.

Tout marche alors fort bien, le drainage est retiré au bout de quelques jours, mais la plaie se cicatrise lentement et le malade ne part guéri que le 26 décembre.

OBS. IX. — R..., Eugénie, 13 ans, fille vigoureuse bien que son père soit mort de tuberculose pulmonaire ; a éprouvé au commencement d'avril une douleur vive dans la fosse iliaque mais cette douleur a disparu rapidement.

13 avril. Nouvelle douleur à droite avec vomissements, pas de selles, on l'amène à l'hôpital, salle Giralès, et là on constate le 17 avril : langue saburrale, ventre tendu mais non ballonné, la cuisse droite est fléchie. Au niveau de fosse la iliaque droite les douleurs sont très vives ; les muscles de la paroi très tendus rendent l'examen difficile, néanmoins on croit sentir un peu d'empâtement ; légère submatité à la percussion superficielle. Pas de plastron, pas d'œdème. La pression sur la région lombaire droite détermine des douleurs très violentes. Diarrhée. T. 40°, 2, P. 100. Opium, glace.

Même état les jours suivants, mais le 19 on voit apparaître à la région lombaire un peu d'œdème en même temps que se dessinent quelques veinosités. Le 20 la région lombaire droite est œdématiée et rouge, la contraction des muscles a cédé en avant et on peut palper la fosse iliaque dans laquelle on trouve un empâtement vague. La diarrhée a cessé, le facies est meilleur, la température est à 38°-39°.

21. Même état, M. Jalaguié intervient à cause de l'œdème et fait une incision postérieure partant de la dernière côte pour aboutir à l'épine iliaque antéro-supérieure ; les muscles saignent beaucoup et tout à coup il s'écoule 150 grammes de pus

environ mélangé de gaz. On constate que la poche est derrière le cæcum, remontant en haut jusqu'au rein dont on sent l'extrémité inférieure ; en dedans, elle arrive près de la ligne médiane, en bas elle est limitée par de nombreuses adhérences dans la fosse iliaque. Pas de corps étranger, on ramène quelques débris sphacelés représentant probablement l'appendice gangrené 4 drains. Pansement.

Les suites sont très simples. dès le lendemain la malade est beaucoup mieux. T. 37°, les drains sont retirés au bout de quelques jours successivement et la malade part guérie le 26 octobre.

Obs. X. — Le nommé L., Alfred, 7 ans 1/2 entre le 8 mai 1893, dans le service de M. le Dr Legroux. Pas d'antécédents pathologiques. Il y a un mois et demi environ l'enfant est pris de douleurs abdominales peu vives avec constipation opiniâtre. Il y a un mois même chose, douleurs abdominales vives avec constipation absolue durant cinq jours. Il y a huit jours 3^e rechute analogue mais plus violente et avec vomissements.

Le 8. La constipation et les vomissements ont cessé, il y a même de la diarrhée, le ventre est tendu, les anses intestinales se dessinent sous la peau, le facies est grippé, les extrémités glacées, le pouls incomptable. Tout le ventre est douloureux mais un peu plus dans la fosse iliaque droite au niveau de laquelle il y a une légère submatité, sans qu'on trouve d'empatement. M. Broca pratique une incision oblique parallèle à l'arcade crurale, et ne trouve pas de foyer purulent ; mais une bride épiploïque rouge et adhérente le conduit sur un appendice placé en dedans du cæcum et plongeant vers le bassin. Tout l'angle iléo-cæcal est attiré au dehors avec l'appendice. On constate alors que l'épiploon adhère à ce dernier au niveau d'une perforation située à l'union du quart externe là il y a une goutte de pus. Résection de l'appendice. Les anses intestinales voisines sont rouges mais non adhérentes. On place un drain, on rétrécit la plaie. Pansement.

L'appendice réséqué est perforé à l'union de son quart externe avec les trois quarts internes, mais on constate de plus que son bout cæcal n'est pas perméable en entier, il est complètement oblitéré au voisinage de la perforation. Pas de corps étranger.

Le malade guérit rapidement, les drains sont raccourcis le 12, enlevés le 14, il n'y a pas de pus. L'enfant sort guéri le 1^{er} juin.

OBS. XI. — L..., Léon, âgé de 8 ans 1/2, entre le 2 décembre, salle Denonvilliers, lit n° 7. Il y a 3 ans il a eu une fièvre typhoïde, mais il s'est toujours bien porté depuis.

Le 28 novembre il ressent quelques douleurs abdominales, avec vomissements, mais il peut aller à l'école, le lendemain les douleurs ont augmenté, les vomissements sont plus abondants, on lui fait des frictions sur la fosse iliaque droite, etc., puis on l'amène à l'hôpital.

2 décembre. Facies grippé; cuisse droite fléchie sur le bassin. Douleurs dans tout le ventre, spécialement dans la fosse iliaque droite, en avant et en arrière. A ce niveau matité et grande résistance des parois, de sorte que l'examen est assez difficile. Pas d'œdème de la paroi, veinosités peu abondantes, mais plus marquées que de l'autre côté. T. 38°,6. Pouls bon.

Le lendemain chloroforme. On sent une masse arrondie dans la fosse iliaque droite. M. Broca pratique une incision parallèle à l'arcade crurale; il tombe sur un épiploon peu enflammé, mais en contournant la partie externe du cæcum il ouvre un abcès limité à la partie postérieure et externe du cæcum, avec pus séreux horriblement fétide. Pas de corps étranger, on ne sent pas l'appendice; suture de l'épiploon autour de l'incision péritonéale. Drainage, quelques points de suture. Pansement.

Le 4. Pansement traversé, on le change, peu d'amélioration, la cuisse est toujours fléchie.

Le 5. En changeant le pansement on constate un œdème de la paroi thoracique remontant jusqu'au voisinage de l'omoplate; le lendemain l'œdème a augmenté, il n'y a rien de pleural ou pulmonaire. T. 39°,2.

Le 7 au matin. T. 41°,2. L'œdème donne à la palpation une crépitation fine, l'état général est très mauvais et le malade meurt.

A l'autopsie. Pas de péritonite. Le cæcum présente à sa partie postéro-externe une perforation grande comme une pièce de un franc. A ce niveau, débris sphacelés, verdâtres, provenant de l'extrémité terminale de l'appendice dont le reste est adhérent au cæcum. Pas de fusées purulentes le long du rein. Rien dans les organes de la cavité thoracique.

Entre les muscles de la paroi abdominale on trouve une fusée purulente avec bulles gazeuses, cheminant entre le transverse et le petit oblique et allant s'étaler sur la paroi thoracique. Elle débute au niveau des points qui avaient été suturés.

Obs. XII. — A..., Théophile, âgé de 10 ans, est un enfant nerveux et maladif, dont le père et la grand'mère maternelle sont morts de tuberculose pulmonaire. Le 25 février il est pris de douleurs abdominales qui vont en augmentant les jours suivants et s'accompagnent de fièvre, de vomissements le 27. Il entre à l'hôpital le 29, dans le service de M. le D^r Legroux, qui trouve tous les symptômes de l'appendicite avec douleurs localisées, empatement dans la fosse iliaque droite, etc...

Le 3 mars. Après la visite du matin, les douleurs augmentent subitement et le lendemain, M. Legroux constatant l'existence d'une péritonite généralisée fait passer le malade en chirurgie. A ce moment le ventre est très ballonné, les douleurs généralisées, la paroi abdominale œdématiée avec veinosités marquées à droite. La température qui restait au voisinage de 39° les jours précédents, est descendue à 37°,6, le pouls mauvais est à 130.

Laparotomie par M. Jalaguier. Incision médiane, les différentes couches de la paroi sont infiltrées, et à l'ouverture du péritoine il s'échappe une grande quantité de pus venant surtout des fosses iliaques et du bassin. Les anses intestinales sont recouvertes de fausses membranes purulentes, on ne sent pas l'appendice. Trois drains allant au cæcum; à la fosse iliaque

gauche, au bassin, bandelette de gaze salolée. Pansement.

Le soir, malade très affaibli, quelques vomissements. T. 38°.

Le lendemain, pansement sans retirer les drains. Le ventre est toujours ballonné. Même chose les jours suivants, le drain allant au cæcum seul donne lieu à un écoulement de sérosité très fétide, on le laisse, mais on enlève les deux autres le 12. L'état général devient de plus en plus mauvais et le malade meurt le 14.

A l'autopsie on trouve des anses intestinales distendues, agglutinées les unes aux autres, il existe un petit foyer purulent derrière l'S iliaque communiquant avec la cavité pelvienne qui, elle, est remplie de pus, le drain n'ayant pas fonctionné.

Le cæcum est distendu, l'appendice situé à sa partie postérieure est gangrené dans toute l'étendue de son tiers périphérique et représenté par des filaments noirâtres, la partie saine en est séparée par une section nette. En dehors on trouve un petit corps étranger, allongé, très régulier, composé de couches concentriques sans noyau au centre. Dans l'intérieur du cæcum dont la partie postérieure est très congestionnée on trouve de gros caillots sanguins et quelques trichocéphales.

OBS. XIII. — La nommée A..., Blanche, 13 ans, a eu 4 frères morts d'affections diverses, notamment un de typhlite, et les parents racontent que « toute la famille a l'intestin sensible ».

Le 12 mars dans la soirée l'enfant est prise, sans cause, de douleurs légères dans le ventre avec nausées, puis vomissements qui continuent les jours suivants en même temps que les douleurs deviennent plus vives et plus généralisées, tout en gardant un maximum dans la fosse iliaque droite. Pas de constipation.

Amenée à l'hôpital le 20 mars, placée en médecine puis transportée en chirurgie, la fillette est très fatiguée, elle trouve cependant que les douleurs sont moins vives, depuis 36 heures il n'y a pas eu de vomissements. Facies péritonéal. Ventre dur peu ballonné, la pression y est douloureuse partout, mais sur-

tout à droite et de ce côté on trouve une large plaque d'induration un peu diffuse, étendue depuis l'arcade de Fallope en bas jusqu'au niveau de l'ombilic en haut et ne dépassant pas en dedans le bord du droit antérieur. La paroi correspondant à cette plaque est œdématisée, surtout près de l'épine iliaque et couverte de veinosités. Toute cette région est mate, la percussion profonde détermine un bruit hydroaérique au niveau du cæcum. T. 38°,5. P. 130. Opium et glace en attendant l'autorisation d'opérer.

Le 21. La malade est très mal, le ventre est ballonné, la douleur paraît moins vive, mais il y a différents points où elle est plus marquée. Le pouls est mou, très rapide, l'agitation considérable. Laparotomie médiane. Epiploon vasculaire, friable, adhérent çà et là aux anses. Pus dans le bassin et dans différentes loges situées entre les anses intestinales. On ne cherche pas l'appendice. Drainage. Pansement. Mort dans la soirée.

A l'autopsie péritonite généralisée, l'épiploon et les anses intestinales sont réunis par des fausses membranes purulentes. Pus dans le bassin et dans la fosse iliaque droite. Cæcum dilaté. L'appendice situé derrière le cæcum est gangrené dans sa moitié périphérique qui est noire, mollasse, et sur laquelle on trouve deux petites perforations. Il est impossible de trouver un corps étranger.

Obs. XIV. — Le nommé H., Georges, âgé de 13 ans, entre le 27 avril 1892, salle Denonvilliers, lit n° 1 ; le 13 il a reçu dans la région iliaque un coup de pied mais sans en éprouver de trouble important ; il était d'ailleurs sujet à des troubles digestifs assez vagues. Le 23 il est pris subitement de douleurs vives dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, on lui applique un vésicatoire, des sangsues et on le purge. Il y a des selles abondantes. A son arrivée, à l'hôpital, on constate tous les signes d'une péritonite généralisée ; les mains sont froides, le ventre ballonné, très douloureux, etc. Cependant l'œdème de la paroi est plus marqué à droite, et de ce côté on note de nombreuses veinosités, T. 38°,5, p. 144.

Le 24. Laparotomie médiane. Pus abondant. Anses intestinales recouvertes de fausses membranes verdâtres. Lavage du péritoine à l'eau boriquée chaude. On peut constater que la péritonite est généralisée, mais que le pus est collecté dans les deux fosses iliaques et le bassin. On ne sent pas l'appendice. Deux drains, trois bandelettes de gaze salolée, pansement. Mort à deux heures de l'après-midi.

L'autopsie faite dix jours après et pour laquelle nous remercions bien vivement M. le Dr Socquet, a montré l'existence d'une péritonite généralisée. L'appendice, situé en arrière et en dehors du cæcum, se dirige d'abord verticalement, puis forme un véritable nœud. Toute la partie périphérique, gangrenée, est séparée de la partie verticale par une ligne de section nette, et en incisant l'appendice on voit que la coudure s'est produite au delà d'un calcul resté dans la partie saine. Ce calcul est de la grosseur d'un noyau d'orange et possède la structure habituelle. Dans le bout phérphérique on trouve des matières fécales molles dont une partie s'est épanchée dans le péritoine. Le cæcum est normal ainsi que le reste de l'intestin.

Obs. XV. — Le nommé G., Gabriel, âgé de 8 ans 1/2, a été pris, le 12 mai 1892, d'une douleur très vive dans la fosse iliaque droite et à la suite d'une purgation sont apparus les vomissements. A son entrée à l'hôpital, le 14 mai à dix heures du soir, on trouve une péritonite généralisée. Douleurs vives dans tout l'abdomen sans maximum appréciable, submatité très peu nette dans la fosse iliaque droite à la percussion légère et à ce niveau légère voussure ; quelques veinosités un peu partout, pas d'œdème de la paroi. Le malade, très agité, reste étendu sur le dos, les cuisses fléchies ; T. 39°. P. 140. Resp. 48. A minuit, laparotomie médiane par M. Jalaguier, pus séreux d'odeur fécaloïde, très abondant ; on ne cherche pas l'appendice, le malade se refroidissant vite ; lavages à l'eau boriquée chaude. Drainage. Pansement. Mort à 4 heures du matin.

A l'autopsie, pus dans toute la cavité abdominale jusque sur

le foie. L'appendice vertical est en dedans du cæcum et son extrémité libre repose sur la colonne lombaire ou elle est croisée par le mésentère; au niveau de l'entre-croisement on note un rétrécissement du calibre. A 3 cent. de l'extrémité libre on trouve une petite perforation et on sent un corps étranger très mobile mais qui ne peut franchir le point rétréci; c'est à ce niveau qu'arrivent les vaisseaux de l'appendice; à l'ouverture de ce dernier on trouve un premier calcul dans la partie saine, le point rétréci puis un second calcul. Au delà la muqueuse du bout périphérique est noirâtre, épaissie et présente d'abord trois petites ulcérations, l'une perforant toutes les couches, une autre s'arrêtant à la séreuse, puis une bandelette formée de follicules clos hypertrophiés, et enfin deux nouvelles ulcérations dont une seule est perforante. Au delà les follicules clos sont très saillants.

Le cæcum et l'intestin ne présentent rien de spécial. Les calculs sont formés de couches concentriques sans noyau central.

OBS. XVI. — Marthe L..., âgée de 12 ans, est une fille vigoureuse, sans antécédents pathologiques, qui a été prise subitement, dans la matinée du 14 juillet 1892, de violentes douleurs abdominales, suivies de vomissements. Le 17, elle entre dans un service de médecine, d'où on la renvoie le lendemain en chirurgie. A ce moment, facies péritonéal, cyanose légère, ventre entièrement ballonné, très douloureux. Pas d'œdème. La douleur paraît un peu plus vive dans la fosse iliaque droite qui présente des veinosités qu'on ne retrouve pas ailleurs. Pas de douleurs lombaires. T. 38°,6. Extrémités froides. Les vomissements continuent, les selles sont normales.

Laparotomie médiane par M. Jalaguier. Epiploon épaissi noirâtre en certains points qui adhèrent aux parties profondes. Au-dessous de lui, on trouve dans la fosse iliaque droite une grande quantité de pus séreux et fétide, on lave à l'eau boriquée chaude et on évacue une grande collection pelvienne,

puis d'autres plus petites à gauche et entre les anses intestinales. L'appendice est senti plongeant dans le bassin, il se laisse décoller, mais il est si court qu'il n'arrive pas au niveau de l'incision, et, pour ne point prolonger l'opération, on le laisse. Drainage par tubes et bandelettes de gaze. Pansement. Mort à deux heures.

A l'autopsie, péritonite généralisée. Rien ailleurs. L'appendice, long de 4 centim., est très étroit et présente près de son sommet une plaque gangréneuse faisant le tour de la circonférence et présentant deux petites perforations.

Obs. XVII. — P..., Augustine, vigoureuse fillette de 10 ans, a été prise, le 16 mars 1893, de douleurs abdominales avec vomissements.

Le 17. La douleur est généralisée tout en restant plus vive à droite, le ventre est un peu ballonné, l'état général excellent.

Le 18. A onze heures du matin, le médecin traitant trouve une péritonite généralisée (dans la nuit, à la suite de lavements purgatifs, il y a eu une débâcle), et fait conduire l'enfant à l'hôpital.

Agitation extrême, cyanose, pas de pouls. Ventre ballonné, douloureux, mais on ne sent rien nulle part.

Laparotomie médiane, épiploon gangréneux, pus partout dans l'abdomen, avec gros foyer pelvien, un autre près de l'estomac. L'appendice plonge dans le bassin, il adhère à l'épiploon et aux organes génitaux qui sont très congestionnés, mort pendant l'opération. L'appendice est court, rouge, tuméfié, ses follicules clos sont énormes. La muqueuse épaissie présente une grande ulcération tout près du cæcum, cette ulcération n'a respecté que la séreuse. Coprolithes nombreux mais mous.

Obs. XVIII. — H..., Gaston, 10 ans 1/2, a éprouvé il y a six mois des coliques vives avec vomissements, et il a dû garder le lit quelques jours; il en a été de même il y a un mois.

21 mars. Les mêmes accidents se reproduisent, les douleurs partent du côté gauche et s'irradient dans la verge. Reçu dans la soirée du 24 à l'hôpital. M. Legroux constatant le lendemain l'existence d'une péritonite généralisée, le fait passer en chirurgie.

Facies péritonéal, agitation. Ventre très ballonné, douloureux, surtout à la pression sans maximum en un point. Submatité des deux fosses iliaques et de l'hypogastre. A droite, au niveau du cæcum, on trouve une résistance mollesse toute spéciale. T. 38°,5. P. 120. Dyspnée.

Laparotomie médiane par M. Jalaguier. Grande quantité de pus dans la fosse iliaque gauche. Les anses intestinales visibles dans la plaie sont recouvertes de fausses membranes d'autant plus jaunâtres et d'autant plus épaisses qu'on se rapproche du côté droit. En arrivant près du cæcum, on tombe sur une nouvelle collection purulente contenant une petite boulette fécale. On ne sent pas l'appendice. Deux drains du côté du cæcum, deux dans le bassin, un du côté gauche, bandelette de gaze salolée. Pansement. Champagne. Piqûres d'éther.

Le 26. Bien comme état général. T. 38. P. 110. Le pansement est changé sans toucher aux drains.

1^{er} avril. On ne laisse que deux drains, l'appétit est excellent mais la température est toujours à 38°, avec pouls à 110.

Le 4. 39°,5, mais on trouve une tourniole qui est incisée et à partir de ce jour tout va bien, les drains abdominaux sont enlevés le 20 mai.

Après l'intervention la pression était restée douloureuse au niveau de la fosse iliaque droite et il était apparu un petit empâtement de forme triangulaire à base située sur l'arcade de Fallope et remontant du côté de l'ombilic, il s'était fait à ce niveau un petit abcès qui s'est ouvert spontanément le 31 mars et a déversé une certaine quantité de pus par la plaie abdominale mais sans passer par les drains ; et à la suite de cette évacuation l'empâtement a disparu en quelques jours.

Le malade sort guéri le 14 mai et M. Jalaguier le présente à la Société de chirurgie.

Un mois après le ventre gonfle, l'appétit disparaît et on constate l'existence d'une collection siégeant au niveau de la fosse iliaque droite et de l'hypogastre. Le lendemain elle a complètement disparu sans qu'on puisse savoir si elle s'est vidée par le gros intestin. Depuis l'enfant va très bien.

OBS. XIX. — P..., Louis, âgé de 12 ans 1/2, souffre depuis plusieurs années de douleurs vagues survenant de temps en temps dans le côté droit de l'abdomen, elles sont plus fréquentes depuis qu'il a avalé une petite lentille de verre, il y a environ 10 mois.

Pas d'antécédents pathologiques héréditaires.

Le 12 juin 1892 après avoir fait plusieurs courses, il est pris avant le repas du soir de douleurs plus vives que d'ordinaire, et il indique lui-même, comme siège, le bord externe du muscle droit antérieur, un peu au-dessous de l'ombilic. Le lendemain, vomissements. Purgation. Le surlendemain les douleurs tout en prédominant à droite se généralisent, le flanc gauche est très sensible, les vomissements continuent. Purgation. Champagne.

Le 15. L'enfant, de plus en plus mal, est amené à l'hôpital dans la soirée, à 5 heures du soir. Facies péritonéal, ventre ballonné, douloureux partout, cuisses fléchies. Pas de matité, pas d'empatement, pas de résistance en un endroit plus qu'en un autre. Veinosités plus marquées à droite. T. 37°,4. P. 90. Agitation très marquée, dyspnée.

A 10 heures, laparotomie médiane par M. Marchant, pus séreux à peine louche, mais d'odeur fécaloïde, fausses membranes sur l'intestin grêle. L'appendice situé en dedans et en arrière du cæcum dirigé verticalement, enroulé sur lui-même est amené en dehors et réséqué. La partie cæcale est saine; son extrémité périphérique sur une étendue de 2^m,5 est tuméfiée, noirâtre et présente une perforation unique sur la séreuse, correspondant à deux ulcérations de la muqueuse, elle siège immédiatement au-dessus d'un petit calcul stercoral. Pus dans le bassin.

Sutures. — Pansement sans drainage.

Le lendemain le malade se sent mieux, le soir il est très agité, il souffre du ventre et monte à 39°. On le met à l'opium.

Les jours suivants, l'enfant va mieux, mais il se plaint toujours de la région hypogastrique, la température remonte à 39°,5 le 20, on défait le pansement et par le point de suture le plus inférieur il s'échappe une petite quantité de pus.

A partir de ce moment tout va bien, le malade est présenté à la Société de chirurgie par M. Jalaguier et sort guéri le 6 août. Nous avons revu ce malade le 2 février 1893, il est atteint de tuberculose testiculaire du côté droit avec noyaux sur l'épididyme et le cordon. Rien à la prostate.

OBS. XX. — S..., Louis, âgé de 11 ans, a été pris subitement le 24 avril de douleurs dans la fosse iliaque droite et dans la cui-se correspondante, sans vomissements mais avec perte de l'appétit.

Reçu en médecine et traité par M. le Dr Moizard comme appendicite jusqu'au 26, où l'on constate l'existence d'une péritonite généralisée avec vomissements, douleurs dans tout l'abdomen. T. 38°,6. Opéré par M. Broca. Incision parallèle à l'arcade crurale, étendue de l'épine iliaque à l'épine pubienne. Pus roussâtre, d'odeur fécaloïde, les anses intestinales sont rouges, couvertes de quelques fausses membranes. L'appendice est situé en dedans du cæcum, il plonge un peu dans le bassin; attiré au dehors on constate que son extrémité périphérique est gangrenée et perforée, il est réséqué. A l'intérieur on trouve un calcul stercoral.

Drainage. Pansement.

Les suites opératoires sont très simples, les drains laissent couler du pus fécaloïde, le malade s'alimente à partir du 6 mai. Le dernier drain étant tombé dans le pansement le 17 mai, la température remonte un peu, on le replace le 22 pour l'enlever définitivement le 3 juin et le malade sort guéri le 19.

OBS. XXI. — Ch..., Léon, 14 ans 1/2, éprouve tout à coup, au mois d'août 1891, une violente douleur dans le côté droit du ventre et il garde le lit pendant 15 jours, traité par des cataplasmes, des lavements laudanisés et des bains. En un certain point la douleur était plus vive et à ce niveau on sentait une petite boule. Pendant toute cette période il n'y eut qu'un vomissement, mais de fréquentes nausées et des hoquets douloureux, la constipation était complète. Depuis cette époque la constipation est devenue habituelle et de temps en temps il se produit une poussée analogue à la précédente mais de moindre gravité. Ces rechutes se montrent à la suite d'une fatigue, d'un refroidissement, tantôt au bout d'un mois de calme, tantôt après quinze jours, chacune d'elles nécessite un repos au lit de quelques jours. Les douleurs partent toujours du même point où l'on sent réapparaître la petite tumeur constatée la première fois, de là elles s'irradient dans tout le ventre qui se ballonne plus ou moins, tout se calme spontanément.

Le 7 mars 1892, une nouvelle poussée amène le malade à l'hôpital et l'on constate l'existence dans la fosse iliaque droite d'une petite masse située en dedans du cæcum, à deux travers de doigt de l'épine iliaque, affleurant la ligne qui va de cette épine à l'ombilic. Le ventre est légèrement ballonné, le décubitus sur le côté gauche est impossible, pas de vomissements; pas de température. Bientôt la douleur diminue, l'empâtement profond disparaît, rendant la petite masse plus nette, on constate qu'elle n'est pas mobile et vers le 15 elle a disparu complètement. Les douleurs cessent le 10 mars à la suite d'une selle dans laquelle le malade a constaté un peu de pus.

Le 30, selle avec pus, et poussée nouvelle avec réapparition de la petite masse qui avait totalement disparu.

28 avril. Laparotomie par M. Jalaguier, suivant le bord externe du muscle droit antérieur du côté droit. On trouve facilement le cæcum et l'appendice qui sont recouverts par une partie du grand épiploon adhérente au cæcum et à la fin de l'iléon. Ces adhérences étant détachées on constate que l'appendice très

court monte verticalement au-devant du cæcum pour se terminer par une extrémité renflée très adhérente au niveau de l'embouchure de l'intestin grêle. En détachant cette partie on trouve quelques gouttes de pus et quelques petits bourgeons fongueux qui limitent une perforation du cæcum par laquelle on introduit un stylet. En regard les tuniques de l'appendice présentent une perforation analogue de telle sorte que les deux cavités communiquaient entre elles. A l'intérieur de l'appendice on trouve deux petits calculs dont le plus gros est du volume d'un grain de blé.

La perforation du cæcum est oblitérée par une suture de Lembert; l'appendice est réséqué, après ligature on enlève le petit cône muqueux situé au delà du fil et on oblitère la cavité par 4 points de suture invaginant la séreuse. Suture de la paroi abdominale. Pansement.

1^{er} mai, dyspnée, matité à la base du poumon droit, souffle à l'expiration, pectoriloquie aphone, il s'est produit un petit épanchement pleural résorbé le 8 mai.

Le 9. Pansement. Réunion complète.

Le malade sort guéri le 29 mai. Il porte une ceinture. M. Jala-guier l'a présenté à la Société de chirurgie.

OBS. XXII. — Sch..., Elise, est une fillette très nerveuse de 12 ans 1/2, dont les parents sont bien portants et qui n'a comme antécédents pathologiques qu'une fièvre typhoïde déjà ancienne.

Au mois de mars elle a eu ses règles pour la première fois et a souffert un peu du ventre à ce moment.

Le 24 avril, après le repas du soir elle est prise de vomissements avec douleurs dans tout l'abdomen et gêne respiratoire, selles diarrhéiques.

Le 28. On l'amène à l'hôpital, les vomissements ont cessé mais les douleurs s'étendent à tout le ventre avec maximum au-dessus des deux arcades crurales; sonorité partout, on ne sent rien du côté du cæcum. T. 37°,8. Agitation très marquée. On croit à une appendicite.

Le lendemain, submatité légère au-dessus de l'arcade crurale droite et à ce niveau la pression est plus douloureuse que partout ailleurs, le ventre est ballonné, le facies grippé, la langue très sale. T. 37°,5. P. 96. Dans la journée, les douleurs deviennent surtout lombaires et il apparaît un peu de sang à la vulve.

Le 30. La fillette est à peu près guérie, elle demande à manger; le ballonnement du ventre a disparu, l'écoulement sanguin est assez abondant.

Cependant la pression est encore un peu douloureuse au-dessus de l'arcade crurale droite. Le 8 mai sort guérie.

OBS. XXIII. — J..., Albert, 14 ans, est guéri d'une fièvre typhoïde soignée dans le service de M. Sevestre, et il doit quitter l'hôpital dans deux jours, quand il est pris subitement le 13 août d'une douleur du côté droit de l'abdomen au voisinage de l'ombilic, on ne trouve rien dans la fosse iliaque droite; le soir vomissements. T. 37°,2.

Le 14. La douleur est très vive, la pression est mal supportée du côté droit, mais très haut, au-dessous des fausses côtes, et à ce niveau les muscles contracturés. Partout ailleurs le ventre est souple. Opium, glace. Le soir il y a de plus des douleurs lombaires, le facies est plus mauvais, les vomissements ont cessé. T. 38°,5. P. 100. Pas de dyspnée.

Le 15. Vomissements. T. 37°,5. P. 120 irrégulier; même état local le soir, la douleur est devenue insupportable, le ventre est ballonné, le facies très mauvais, le pouls petit. On croit avoir affaire à une péritonite généralisée, d'origine appendiculaire avec appendice situé très haut. Laparotomie avec M. Jalaguiier qui nous guide.

Incision de 8 cent. le long du bord externe du droit antérieur. Epiploon épaissi, vascularisé; anses intestinales rouges, dépolies, avec quelques fausses membranes, pus dans le bassin. L'appendice, assez difficile à trouver, est rouge couvert de quelques fausses membranes, mais ne présente pas de perforation. Il est réséqué. Drainage, pansement.

Pas d'amélioration, le malade meurt dans la journée du 17.
A l'autopsie on trouve une cholécystite suppurée.

OBS. XXIV. — M..., Gabrielle, âgée de 9 ans, est arrivée au 23^e jour d'une scarlatine normale quand elle éprouve, dans la nuit du 19 octobre, une douleur très vive dans la fosse iliaque droite. Le lendemain, T. 39°, 6. P. 134. Vomissements abondants, diarrhée, météorisme, yeux excavés. Morphine. Glace. Le soir, amélioration légère, comme on ne sent rien dans la fosse iliaque. M. Broca ne songe point à intervenir.

Le 21. Même état. Vomissements porracés. Pouls faible.

Le 22. Les vomissements ont cessé, la température est revenue à la normale, le facies est bon. La douleur abdominale existe encore mais elle n'occupe plus le même siège, on la trouve sur le côlon transverse.

Le 23. L'enfant est très bien, la douleur s'est encore déplacée et maintenant elle occupe la fosse iliaque gauche.

Le 24. La petite malade rend par l'anus un ascaride long de 21 centim. et elle est guérie, les jours suivants elle rend encore d'autres lombrics.

OBS. XXV. (Résumé.) — Un malade entre dans le service de M. Variot avec ictère, tuméfaction et douleurs hépatiques, délire. T. 41° On croit à un abcès du foie, la ponction ne ramène rien. A l'autopsie on trouve un appendice gangrené en partie d'où partent deux veines pleines de pus, la veine porte elle-même contient des caillots purulents et le foie est criblé de petits abcès.

CONCLUSIONS

I. — La perforation de l'appendice peut succéder, soit à des phénomènes gangréneux dus à des calculs stercoraux, à des brides, soit à des ulcérations débutant par les follicules clos, mais il semble que la position anormale de l'appendice y contribue.

II. — Les symptômes analogues au début varient avec les formes et permettent souvent d'établir d'assez bonne heure un diagnostic qui conduit au traitement approprié.

III. — En étudiant tous les cas d'un même hôpital on voit que, chez l'enfant, les formes relativement bénignes sont plus fréquentes que les graves.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de thèse,
TERRIER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.
GREARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

